



Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz

**DOCTORADO INTERNACIONAL EN ESTUDIOS
DE PAZ, CONFLICTOS Y DESARROLLO**



TESIS DOCTORAL

Convivencia intercultural en salud: marroquíes en Castellón (España)

Presentada por
María Lidón Escrig Sos

Dirigida por:
Dra. Irene Comins Mingol
Dr. Francisco A. Muñoz Muñoz

Castellón de la Plana, Enero de 2015

A Paco Muñoz, mi amigo y maestro.

In memoriam

A Santi, por todo, por tanto.

AGRADECIMIENTOS

Nunca imaginé que el final de esta tesis estaría marcado por la ausencia del que fue mi amigo estimado durante muchos años, mi maestro y codirector, el Profesor Francisco A. Muñoz. Para él van mi agradecimiento infinito, mi cariño y mi recuerdo. Él me ayudó siempre, creyó en mí, y me acompañó en este proceso que ahora termina. Nunca olvidaré su alegría, optimismo y sentido positivo de la vida, su valía intelectual y su profunda y hermosa humanidad. Como tampoco olvidaré su pregunta recurrente en los últimos años: “*presidenta, ¿cómo va nuestra tesis?*”, y cuando yo empezaba a relatarle mis dificultades llegaba la segunda parte: “*pero, ¿lo estás pasando bien, verdad..., estas disfrutando?*” y a partir de ese momento yo sabía que sólo podíamos seguir hablando y avanzando con alegría. Su interés porque yo realizara esta tesis, y la disfrutara al mismo tiempo, me ha empujado a llegar hasta aquí en estos últimos meses.

Este trabajo tampoco habría sido posible sin el afecto y apoyo de otras muchas personas:

Mi gratitud perdurable y mi inmenso cariño también para mi codirectora, la Profesora Irene Comins, por su ayuda inestimable, por su sabiduría, por su acompañamiento y su presencia tierna y constante. Por su buen hacer, por sus cuidados. Ella también me ha hecho sentir que el árduo trabajo de escribir esta tesis merecía la pena.

A Santi, a Irene y a Clara, por ayudarme a realizar mis sueños, tanto tiempo, tantas veces, por su apoyo incondicional, por quererme como me quieren, respetarme, acompañarme y cuidarme bien, siempre, y a pesar de todo. Ellos saben lo que digo y lo mucho que les quiero. A Luis por su cariño esencial, por acompañarme, ayudarme y cuidarme en los últimos años de mi vida y de este proceso, por entender mis dificultades día a día, más allá de mi tesis, y mis ausencias “atrapada” delante del ordenador. A Elsa, por su delicada y bonita amistad. Por su cariño.

Mi afecto especial para Mila Piñón, mi “compa”, amiga estimada, mujer sabia, por tantos años de “despacho” y experiencias de vida compartidas, tantas charlas interesantes, tanta ayuda, tanto cariño. Por acompañarme con su fuerza y su ternura en momentos muy complicados de mi vida reciente. Mi pasión por la Antropología y por el conocimiento libre de ataduras tiene mucho que ver con ella. Esta tesis también.

A Reyes Sanz, mi “cu” querida, mi amiga y hermana, y también a Jesús, por sus cuidados “de lejos”, y su cariño tan cercano, tierno e insustituible. Por estar ahí, conmigo, en todas mis circunstancias. A mis hermanos, José Manuel y Javier, a Elisa y Nati, por quererme, comprenderme y ayudarme constantemente. Gracias. A mis padres

José y Carmen, porque seguro que habrían estado muy contentos y orgullosos de “la seva xiqueta”.

Sin la inestimable cooperación de mi dulce amiga y hermana Najat El Hessinoui, y de mis queridos amigos Mohamed Benzagur y Samira El Moudden nunca hubiera podido acceder a los hogares y a las vidas de los y las inmigrantes marroquíes. A Said Bahajin, mi amigo querido y traductor, por su valiosa ayuda durante el trabajo de campo y por su dulce afecto. A Abdelkrim Chaffai y Hanan, que me han ayudado y acogido tan bien en todo momento, su bondad y su sólida amistad me honran. A todas las personas inmigrantes marroquíes que me abrieron las puertas de sus casas y de su corazón y me enseñaron que la hospitalidad, la generosidad y la amistad, más allá de fronteras y religiones, son esenciales para la convivencia. Para todas ellas mi gratitud y mi cariño. Sin ellas esta tesis no hubiera sido posible, ni hubiera tenido sentido.

A Edurne Aranguren, con la que me une una tierna y gran amistad. Ella y yo hemos terminado nuestras tesis compartiendo la triste ausencia de Paco, nuestro querido amigo y maestro.

A mi amiga Teresa Breva, por cuidarme y quererme tan bien de esa manera tan sincera, tierna y bonita, cuando más lo necesitaba: *moltes gràcies*. Y también a Chelo Ballester y Rosa García: las cuatro hemos compartido nuestro interés por los Estudios de Paz. Las cuatro y Paco tuvimos nuestro divertido y fructífero “club de fans”.

A Alicia Cabezudo, por su amistad sólida y hermosa, a prueba de distancias y aviones, pero siempre cercana y preocupada por mí, por lo mucho y bien como me ha acompañado en estos últimos y complicados años. Ella sabe bien de qué estoy hablando. Mis amigos queridos Mara Donay y Jeroni Canós siempre me han apoyado, su amistad sincera y su cariño tierno, incondicional, son insustituibles y valiosos para mí. A Chelo Pérez, por tanta ayuda tantos años, por animarme cuando pocos lo hacían. A Pilar Algilaga, mi compañera de trabajo y amiga, por su paciente delicadeza, su alegría y positividad contagiosas, siempre dispuesta a ayudarme.

A Clara Moreno, mi amiga querida, generosa, por su bonita compañía y ayuda en la distancia, por tantas cosas como compartimos. A mi amiga Luisa Conejero, por su amistad delicada y espléndida, a prueba de distancias y circunstancias.

A Pilar Alayeto, Vicente Queralt y Juliana García-Carpintero, por comprender que conocimiento, docencia y desarrollo personal van siempre ligados. Por facilitarme haber llegado hasta aquí. Muchas gracias.

De Tarragona no puedo olvidar a mis profesores/as de la Licenciatura de Antropología Social y Cultural de la Universitat Rovira i Virgili, especialmente a Oriol Romaní, Josep M^a Comelles y Joan Prat. Con ellos disfruté aprendiendo y me apasioné por la Antropología. Su sabiduría y humanidad, sabiamente combinadas en sus clases y en sus textos, siempre serán un referente para mí.

A todas y todos, muchas gracias!

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Estado de la cuestión	9
1.1. Revisión de la literatura sobre el objeto de estudio	10
1.2. La inmigración árabe musulmana marroquí: emergencias y presencias.....	14
1.3. Aproximación epidemiológica a las condiciones de salud de la población inmigrante marroquí	24
1.3.1. Salud mental e inmigración marroquí	34
1.4. Marco legal de asistencia sanitaria a la población inmigrante en España	52
Capítulo 2. Desarrollo del marco teórico	59
2.1. El campo transdisciplinar de los Estudios para la Paz: teorías y enfoques considerados en este estudio.....	60
2.1.1. Matriz comprensiva e integradora del campo transdisciplinar de la paz.	61
2.1.2. Filosofía para la paz: una propuesta para hacer las paces	70
2.1.3. Teoría del reconocimiento intersubjetivo de Axel Honneth	73
2.2. Teorías y enfoques generales aplicables al campo de las migraciones, la salud y la convivencia intercultural	78
2.2.1. Interaccionismo simbólico	79
2.2.2. Hegemonía, capacidad de actuar (<i>agency</i>) y transformaciones <i>moleculares</i> de la persona en Antonio Gramsci	83
2.2.3. Culturas híbridas e identidades compuestas: repensando la diversidad cultural, la identidad y la ciudadanía	87
2.2.4. Interpretar la interculturalidad desde la confianza y la solidaridad	97
2.3. Hipótesis	102
Capítulo 3. Estrategia de investigación y herramientas metodológicas	105
3.1. Selección de la metodología	106
3.1.1. La comparación	111
3.1.2. El método biográfico: las historias de vida	113
3.1.3. Entrevistas semiestructuradas focalizadas en los procesos de salud- enfermedad-atención	115
3.1.4. Observación semiparticipante	117
3.2. Diseño del plan de muestreo	119
3.2.1. Organizar la muestra	120
3.2.1.1. Códigos de identificación y leyenda	126

3.2.2. Diseño, temporización y contexto de las entrevistas	126
Capítulo 4. Marroquíes en la Comunidad Valenciana	133
4.1. Trabajo de campo: un ejemplo de antropología <i>at home</i>	134
4.1.1. Primeros intentos de acceder al campo.....	138
4.1.2. Nuevas vías de acceso	140
4.2. Los orígenes: Marruecos	143
4.3. Escenarios y condiciones materiales de vida en la Comunidad Valenciana ..	153
4.3.1. Economía y acceso al empleo de la población inmigrada	158
4.3.2. Castellón de la Plana.....	161
4.3.2.1. Estructura física	161
4.3.2.2. Distribución urbana de la inmigración en Castellón	162
4.3.3. Vila-real, “la Vila”	166
4.3.3.1. Estructura física	167
4.3.3.2. Distribución urbana de la inmigración en Vila-real	168
4.3.4. Sociabilidad del colectivo marroquí	172
Capítulo 5. Interculturalidad, saberes y prácticas de salud.....	177
5.1. De los saberes de salud y los sistemas médicos. Precisando conceptos relacionados	178
5.2. Sistemas médicos y racionalidades curativas en Marruecos	182
5.2.1. La medicina árabe islámica y las prácticas populares	184
5.2.2. La tradición profética.....	189
5.2.3. Las terapias mágico-religiosas.....	194
5.2.4. El sistema biomédico. Cerrando el círculo del pluralismo médico	207
5.2.4.1. El sistema sanitario en Marruecos	209
5.3. Prácticas y hábitos sanitarios entre la inmigración árabe musulmana marroquí: perspectivas culturales.....	213
5.3.1. Usos y costumbres higiénicas	216
5.3.2. Hábitos de alimentación	220
5.3.3. Sexualidad y separación de los sexos	225
5.3.4. Nacimiento y crianza	231
5.3.5. Prácticas y rituales relacionados con el cuidado de las personas en la enfermedad y la muerte	233
Capítulo 6. El valor de la experiencia: vidas y relatos de inmigrantes	241
6.1. Matriz para el análisis de los datos	242

6.2. Discursos y representaciones sobre la posición y la vinculación social en el contexto de origen y destino.....	249
6.2.1. Posición Social	250
6.2.1.1. Nivel socioeconómico familias de orientación	251
6.2.1.2. Nivel de formación	254
6.2.1.3. Motivaciones para emigrar, trabajo/ocupación y percepción de bienestar	260
6.2.2. Vinculación social	271
6.2.2.1. Perfil identitario	272
6.2.2.2. Personas significativas y tipo de conectividad (Marruecos- España): familia, amistades, vecindario	275
6.2.2.3. Exclusión/inclusión social: barreras y reconocimientos	289
6.3. Procesos de salud-enfermedad-atención: creencias, discursos y prácticas	304
6.3.1. Concepciones sobre la salud, la enfermedad y la muerte.....	305
6.3.1.1. Visitar a la persona enferma es “entrar en el paraíso”	314
6.3.1.2. Muerte, rito e Islam inmigrado	316
6.3.1.3. Posesión por <i>jnûn</i> , magia y aflicciones psicosomáticas de origen mágico-religioso	323
6.3.2. Prácticas religioso-culturales y salud bio-psico-social	341
6.3.2.1. Cuerpo, limpieza (<i>nadhâfa</i>), purificación (<i>tahâra</i>) y salud.....	341
6.3.2.2. Ramadán, salud y paz	346
6.3.3. Saberes de salud y cuidados populares y tradicionales	356
6.3.4. De Marruecos a España: percepciones sobre el sistema sanitario y la atención a la salud.....	369
6.3.4.1. Marruecos: percepciones sobre el país de origen	371
6.3.4.2. Comunidad Valenciana: percepciones sobre el país de acogida.....	374
6.4. Valores y virtudes de salud y paz.....	389
Reconocer, confiar, convivir. Conclusiones.....	397
Evaluar las hipótesis y responder a las problemáticas planteadas	398
Reflexiones finales y algunas propuestas para seguir investigando	409
Bibliografía.....	415
Anexos.....	443

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Informantes principales inmigrantes en Castellón y Vila-real (periodo 2008-2010). Elaboración propia.	124
Tabla 2. Cronograma trabajo de campo. Elaboración propia.	143
Tabla 3. Marruecos. Datos generales según AECI- Marruecos, 2013. Elaboración propia.	150
Tabla 4. Inmigrantes marroquíes en Castellón. Padrón municipal 2012. Ayuntamiento de Castellón. Elaboración propia.....	156
Tabla 5. Inmigrantes marroquíes en Vila-real. Padrón Municipal, 2012. Ayuntamiento de Vila-real. Elaboración propia.....	156
Tabla 6. Distribución de la población marroquí por distritos en Vila-real Elaboración propia según datos del Padrón municipal. Ayuntamiento de Vila-real.	170
Tabla 7. Indicadores de salud. Marruecos. Global Health Observatory (WHO, 2013 a).	211
Tabla 8. Maternal and Child mortality ratio by country. Global Health Observatory Data Repository (WHO, 2013b; WHO, 2013c).....	211
Tabla 9. Nivel socioeconómico familia orientación (percepción de <i>ego</i>). Elaboración propia.....	251
Tabla 10. Motivaciones para emigrar, trabajo/ocupación (origen destino), movilidad social y grado de bienestar percibido (continuación). Elaboración propia.....	267
Tabla 11. Identidad percibida por orden de preferencia. Elaboración propia.....	273
Tabla 12. Vinculación social y categorías asociadas. Elaboración propia.	299
Tabla 13. Creencias, relaciones y consecuencias de la posesión por <i>jnûn</i> según los y las informantes. Elaboración propia.	332
Tabla 14. Remedios populares y tradicionales. Elaboración propia.....	368
Tabla 15. Valores y virtudes de salud y paz relacionados con Ramadán citados por los y las informantes. Elaboración propia.	393
Tabla 16. Términos, campos semánticos, locuciones que aparecen en los relatos relacionados con valores de salud, paz y convivencia. Elaboración propia.	395

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1. Marruecos.....	145
Mapa 2. Comunidad valenciana	154
Mapa 3. Provincia y comarcas de Catellón	156
Mapa 4. Plano de Castellón. Distritos y Secciones. Ayuntamiento de Castellón (2012).....	165
Mapa 5. Plano de Vila-real. Distritos y Secciones. Ajuntament de Vila-real, 2012.	171

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Guía historias de vida	444
Anexo 2. Guía para entrevista semiestructurada r/c procesos salud-enfermedad- atención.	446
Anexo 3. Población inmigrante marroquí en España, Comunidad Valenciana, Castellón y Vila-real	449
Anexo 4. Documentos fotográficos.....	450

Introducción

As-salamu Àlaykum (la paz sea contigo...)

Jamás dejamos de viajar desde el día en que nacemos

Ibn Arabí (Mernissi, 2010).

De la conciencia moral al conocimiento intelectual, del perfeccionamiento de sí al amor por los demás, y a la compasión hacia ellos [...]

Todo viene de más lejos y todo va más lejos que nosotros. Dicho de otro modo, todo nos rebasa, y uno se siente humilde y maravillado de haber sido así rebasado y atravesado [...] (Yourcenar, 2008: 365- 366, 360).

Este estudio, que comenzó su andadura en el año 2008, se ubica dentro de la línea general de investigación *Estudios culturales y postcoloniales: interculturalidad y migración*, del Programa de Doctorado en *Estudios Internacionales de Paz, Conflictos y Desarrollo* del Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz-Cátedra UNESCO de Filosofía para la Paz de la Universitat Jaume I de Castellón.

Elegir como sujetos de estudio a los y las inmigrantes marroquíes en Castellón y como objeto de estudio sus procesos de salud, enfermedad y atención y los saberes, representaciones y prácticas que los acompañan, se ha debido a varios motivos:

Por una parte a razones estrictamente personales relacionadas con mi interés por la cultura árabe musulmana, alimentado a través del tiempo, los viajes y la literatura, y en los últimos años, sobre todo, por la presencia discreta y creciente de personas provenientes del Magreb¹ compartiendo espacios públicos de la ciudad con inmigrantes de otras procedencias y con autóctonos. Como antropóloga e investigadora de la paz, vinculada al mundo de la salud y la docencia como profesora de enfermería, ha pesado también enormemente el interés por el fenómeno de las migraciones internacionales y de la salud intercultural en especial. Las interesantes diferencias culturales y religiosas² de este colectivo, así como los ricos e importantes lazos históricos y culturales que lo unen a España, lo hicieron especialmente atractivo y justificaron sobradamente mi interés inicial por comprender su mundo social y los fenómenos que se relacionan con su salud bio-psico-social y cultural. Finalmente, otro motivo y desafío a la vez, ha sido constatar la ausencia de estudios que se fijaran en los procesos de salud-enfermedad-atención de la población marroquí inmigrada en Castellón y en la Comunidad Valenciana.

La conflictividad en salud en contextos migratorios se traduce en confrontación de ideas, personas, intereses y prácticas, pero también en múltiples espacios de negociación y convivencia pacífica de creencias, representaciones y prácticas culturales

¹ Se denomina Magreb (*Al- Magrib*) a la parte más occidental del mundo árabe musulmán, por oposición al Máshreq, la parte más oriental, el levante geográfico. Tradicionalmente se ha llamado Magreb a los países del Norte de África: Marruecos (*Al- Magrib* es también su nombre árabe), Túnez y Argelia, aunque también se incluyen Mauritania, Sahara Occidental y Libia en esta denominación. Túnez y Libia marcarían el límite geográfico entre el levante y el occidente del mundo árabe musulmán.

² Aunque la religión forma parte de la cultura en este trabajo se van a considerar por separado dada la presencia y relevancia que el hecho religioso -el Islam- tiene en las vidas de las personas que han sido entrevistadas, en sus creencias relativas al proceso de salud-enfermedad y en sus demandas asistenciales.

de salud. En espacios de concordia que buscan y permiten más bienestar y más salud para los actores de la interculturalidad.

El Estado español y, dentro de él, en especial, algunas Comunidades Autónomas como la Valenciana han sido en las últimas décadas lugares de recepción de migrantes. Los recelos y alarmas infundadas, cuando no abiertamente xenófobas, sobre el impacto negativo de la inmigración para las sociedades de acogida europeas tienden a magnificar los procesos de confrontación sociocultural y a hacer menos visibles los más abundantes y cotidianos de negociación y convivencia de la diversidad cultural. La crisis económica mundial que comenzó en Septiembre de 2008, que continua azotando años después a los países europeos, no ha mejorado estas percepciones negativas. Las ciudades de Castellón de la Plana y Vila-real donde se ha realizado este estudio, ubicadas en el arco mediterráneo español, se han convertido en las últimas décadas en un punto de atracción de inmigrantes de distintos orígenes que buscan en esta tierra su *modus vivendi*. Desde los años 90 este fenómeno ha convertido a la provincia de Castellón en un territorio multicultural, y ha puesto de relieve la necesidad de estudiar los fenómenos locales de la interculturalidad en diferentes campos sociales, también en el de la salud y la atención sanitaria.

El marroquí es el colectivo más numeroso de migrantes árabe musulmanes tanto en España como en la Comunidad Valenciana. No obstante su heterogeneidad interna y los elementos distintivos de su identidad nacional, la inmigración marroquí comparte mayoritariamente con el resto de los y las migrantes procedentes del Magreb el mismo universo simbólico del Islam: su identidad musulmana es el rostro común en el que se reconocen.

Este trabajo se inicia desde una intuición: conocer y entender más y mejor los procesos de salud-enfermedad-atención de este colectivo de migrantes marroquíes, la lógica y la racionalidad que los guían, puede contribuir a que el contacto intercultural con la sociedad que les acoge no se maneje tanto desde la confrontación, como desde el conocimiento mutuo, el reconocimiento intersubjetivo y la confianza, *ingredientes* imprescindibles de la convivencia intercultural pacífica.

Así pues, partiendo de esta hipótesis inicial las variables principales que se van a relacionar en esta investigación son los *procesos salud-enfermedad-atención* (variable independiente) *de los y las migrantes marroquíes en Castellón* y la *convivencia*

intercultural en salud (variable dependiente), mostrando así la direccionalidad en la que se van a buscar las relaciones entre estas variables principales del estudio. Así pues, la convivencia intercultural en el ámbito de la salud dependerá de cómo se maneje la conflictividad inherente a los procesos de salud-enfermedad-atención de este colectivo de migrantes. Aunque se asume que la bidireccionalidad de estas dos variables principales debe tenerse en cuenta, se ha querido resaltar la dirección en la que se están buscando las influencias, y no tan sólo su relación causal. Es importante aclarar también que en este trabajo el denominado *proceso salud-enfermedad-atención* lo vamos a entender tal y como lo define Menéndez, es decir, como

[...] un universal que opera estructuralmente -por supuesto que en forma diferenciada- en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran [...] la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud, constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan a la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento –cada vez más “medicalizado”-, se constituye e instituye, por lo menos en parte a partir del proceso s/e/a (Menéndez, 1994: 71).

De esta forma, desde una perspectiva sociocrítica, vamos a entender, como resalta Eduardo Menéndez que tanto los padecimientos como las respuestas de la gente hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que esos sistemas y conjuntos sociales generarán saberes, representaciones y prácticas para enfrentar, convivir o eliminar los padecimientos. Visto así, enfermar y morir, atender a la enfermedad y a la muerte deben ser pensados como procesos y como hechos sociales a partir de los cuales las sociedades necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente (Menéndez, 1994:71)

En el trascurso de la revisión de literatura sobre el tema se concretó el *Objetivo General* de esta tesis:

Profundizar en el conocimiento de las creencias, representaciones y prácticas relativas a los procesos de salud-enfermedad-atención de la inmigración árabe musulmana marroquí en Castellón, identificar sus posibles aportaciones a la convivencia intercultural desde el ámbito de la salud y contribuir con ello al reconocimiento de este colectivo de migrantes.

Para ello se plantearon tres objetivos específicos de carácter analítico interpretativo y un cuarto objetivo de perfil más empírico, enfocado a la posible diseminación de las conclusiones que se pudieran derivar de esta tesis:

El primero de ellos irá encaminado a definir las lógicas socioculturales de los procesos de salud-enfermedad-atención que condicionan sus diferentes formas de mantener la salud, cuidar sus cuerpos y de enfrentar la enfermedad y la muerte. El segundo pretende analizar e interpretar las pervivencias y los cambios de sus saberes y prácticas como consecuencia de la adaptación a la nueva estructura social que los acoge. El tercero de los objetivos teóricos se dirigirá a identificar las aportaciones de la inmigración marroquí en Castellón a la convivencia intercultural y a la construcción de Culturas de Paz desde el ámbito de la salud, identificando los valores de paz presentes en sus creencias y prácticas relativas al proceso de salud-enfermedad-atención. El último de los objetivos persigue analizar la conflictividad relativa a la atención sanitaria de la inmigración marroquí a través de sus percepciones positivas y negativas respecto al sistema sanitario de origen y de acogida, a los profesionales socio-sanitarios que les atienden y a los cuidados de salud que reciben en su destino migratorio.

Así mismo, de acuerdo con los planteamientos anteriores, y en el transcurso de la revisión bibliográfica, han surgido las preguntas que guían este trabajo:

En contacto con una nueva estructura social,

¿Qué permanece y que cambia en las creencias de índole religioso-cultural y en las prácticas de salud de la inmigración marroquí de primera generación en Castellón?

¿Qué valores y virtudes vinculados a la salud y a la convivencia aporta a la sociedad de acogida la inmigración marroquí en Castellón?

¿Influye la percepción de reconocimiento de la identidad religioso-cultural de los y las inmigrantes marroquíes en la confianza que depositan en el sistema sanitario que les acoge, en el personal sanitario que les atiende y en su mayor vinculación con la sociedad receptora?

Una visión cosmopolita de la salud humana implica necesariamente el conocimiento y reconocimiento de otras lógicas y racionalidades diferentes a la hegemónica o mayoritaria que hoy en día encarna la medicina científico-técnica occidental. Interesa conocer de qué modos las mujeres y los hombres árabe musulmanes marroquíes explican aquello que creen, sienten y piensan acerca del cuerpo, la salud, la

enfermedad, la muerte y la asistencia sanitaria, qué comparten con los actores locales y qué perciben como diferente, sin olvidar lo que desean.

A través de las voces de los y las inmigrantes, sin pretender establecer generalizaciones que la muestra manejada no permitiría, vamos a aproximarnos a los saberes, prácticas y representaciones de salud de los marroquíes en Castellón, a sus procesos de salud-enfermedad-atención y a los valores culturales de convivencia pacífica que atesoran. También a las barreras y reconocimientos de la atención sanitaria de la comunidad marroquí en Castellón.

Las partes del trabajo

Aunque la revisión bibliográfica no se ha detenido hasta la etapa final de redacción de esta tesis, en el primer capítulo de *Estado de la cuestión* se ha querido suministrar información relevante relacionada con el objeto y los sujetos de estudio. Evitando la mera enumeración descriptiva de fuentes bibliográficas -por otra parte, muy dispersas y fragmentadas- relacionadas con las variables principales, este capítulo es una primera aproximación a la inmigración marroquí desde diferentes disciplinas, sin olvidar el marco legal de la atención sanitaria que reciben.

En el capítulo segundo, *Desarrollo del marco teórico*, se presentan diferentes enfoques teóricos que, desde un abordaje interdisciplinar, y seleccionados en el transcurso de la revisión bibliográfica, he considerado relevantes para el encuadre epistemológico general de este estudio y las hipótesis que de él se derivan, que han guiado este trabajo. Todos estos enfoques han ido marcando la trayectoria de mi trabajo en las distintas fases del proceso investigador.

El capítulo tercero está dedicado íntegramente a mostrar el *diseño* del estudio, así como la abundante literatura metodológica en que se ha apoyado, clarificando la *Estrategia y las herramientas metodológicas* empleadas. El enfoque etnográfico establecido sobre la comparación, las historias de vida y la observación semiparticipante, han sido eje metodológico principal de este trabajo.

El capítulo cuatro, *Marroquíes en la Comunidad Valenciana*, está dedicado a presentar el trabajo de campo con los diferentes escenarios y condiciones de vida material en el que viven los inmigrantes en Castellón y Vila-real. Para ello, y dado que para esta investigación no se ha realizado trabajo de campo en Marruecos, se ha dedicado un apartado de este capítulo a suministrar el contexto sociopolítico y

económico del país de origen de los sujetos de estudio, necesario para comprender su sociabilidad y hábitos de vida y salud en el contexto de acogida.

El capítulo cinco, *Interculturalidad, saberes y prácticas de salud*, se presentarán y analizarán los datos de la literatura científica relativos a los diferentes sistemas médicos, así como a las racionalidades curativas, saberes y hábitos sanitarios de la población marroquí, sin los cuales no tendría sentido, o sería muy difícil, acercarse y comprender las problemáticas formuladas en las preguntas de investigación.

El capítulo seis, *El valor de la experiencia: vidas y relatos de inmigrantes*, está dedicado al análisis en profundidad de los datos que emergen de las entrevistas, a partir de las categorías elegidas para este fin. Y finalmente, en el último apartado, *Reconocer, confiar, convivir. Conclusiones y algunas propuestas para la competencia cultural en salud*, se interpretarán y contrastarán los datos que emergen del trabajo de campo con las hipótesis y con las afirmaciones de los diferentes enfoques teóricos de las que parten estas hipótesis. En este el último apartado también se presentarán las reflexiones finales y posibles líneas de investigación que pudieran derivarse de esta tesis.

Al final se incluyen los apartados de Bibliografía y Anexos.

Capítulo 1. Estado de la cuestión

De entre las lecturas realizadas se han seleccionado aquellas más relevantes y relacionadas con el objeto y los sujetos de estudio, que nos permitan establecer, desde diferentes disciplinas sociales y de salud, un panorama general de la inmigración marroquí y de sus procesos de salud-enfermedad-atención en España y en la Comunidad Valenciana.

En primer lugar (Apartado 1.1) se presenta un análisis general de la literatura sobre inmigración marroquí, salud y paz.

En segundo lugar (Apartado 1.2) se suministra una primera aproximación al contexto etnográfico, es decir, a los factores sociales, culturales y religiosos, institucionales y lingüísticos de la inmigración árabo-musulmana marroquí.³

En la Apartado 1.3 se revisará desde una perspectiva epidemiológica la dispersa literatura existente sobre los procesos de salud-enfermedad de la inmigración marroquí, haciendo especial mención por su importancia en contextos migratorios a las fuentes que abordan la salud mental.

Por último, en la Apartado 1.4, dada su importancia a la hora de analizar los procesos de atención sanitaria, se revisará y presentará el marco legal actual que da cobertura sanitaria a los y las inmigrantes -también a la inmigración marroquí- en España y en la Comunidad Valenciana.

³ El contexto etnográfico específico de la inmigración árabe musulmana marroquí en la Comunidad Valenciana y en Castellón se abordará en el Capítulo 4: Marroquíes en la Comunidad Valenciana.

1.1. Revisión de la literatura sobre el objeto de estudio

Los documentos revisados sobre salud e inmigración son abundantes pero, al mismo tiempo, muy dispersos en cuanto a la heterogeneidad de las fuentes que los abordan, y muchas veces faltos de especificidad en relación al objeto y los sujetos de estudio de esta tesis. El vaciado de datos relativos a las nociones sobre del cuerpo, la salud y la enfermedad, la religión, las prácticas individuales y sociales y los rituales conectados con la salud-enfermedad-atención, ha sido una tarea ardua fundamentalmente por la inespecificidad de los datos relativos a la inmigración marroquí que, en numerosas fuentes consultadas, suelen quedar subsumidos -como más adelante se explicará- bajo la categoría de *inmigrantes de origen magrebí*.

Por otra parte, dentro de los Estudios para la Paz, en esencia multidisciplinares y transdisciplinares, la salud no es un área de conocimiento que genere una producción científica significativa y tiende a abordarse desde una perspectiva *violentológica*, es decir, mostrando cómo los distintos tipos de violencia directa, estructural, cultural/simbólica (guerras, injusticias sociales, pobreza, discriminación, racismo, xenofobia, etc.) afectan o pueden afectar negativamente a la salud bio-psico-social y cultural y a los Derechos Humanos de las personas. No se han encontrado estudios que muestren, desde la perspectiva *pazológica* que en éste estudio se plantea, las relaciones entre las dos variables principales de esta investigación -los procesos de salud-enfermedad-atención y la convivencia intercultural en salud- ni las relaciones y sinergias que entre ellas se establecen. Así mismo, tampoco se ha encontrado ningún estudio o documento específico desde la perspectiva de los Estudios para la Paz en relación con la salud de la inmigración árabe musulmana marroquí.

En la literatura consultada de las diferentes disciplinas que investigan en el campo de las migraciones internacionales, por otra parte, se ha podido constatar el énfasis en los diversos aspectos y problemáticas jurídico-administrativas-laborales de la inmigración, aspectos sobre los que se pueden encontrar una abundante producción de estudios de todo tipo (cuali-cuantitativos). En los últimos años, con el aumento de los flujos migratorios hacia España, también desde la biomedicina (Atención Primaria, Psiquiatría y Salud Pública fundamentalmente), y desde otras disciplinas del campo de la salud, como la Enfermería y la Psicología, se ha venido contribuyendo a estos

estudios interdisciplinarios de migraciones con un creciente repertorio de referencias disponibles.

La investigación biomédica, sin embargo, poco dada a utilizar metodologías cualitativas para la observación de los fenómenos, tiende a configurar un perfil difuso e indefinido de la población inmigrante que atrae su interés, sobre todo en lo que respecta a sus aspectos socioculturales (Gijón y otros, 2006: 118-120). Las principales cuestiones abordadas se centran en la atención a la salud y la demanda sanitaria, la construcción de perfiles epidemiológicos referidos a enfermedades infecciosas (especialmente tuberculosis e infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA), dolencias crónicas, como la diabetes, y otras *enfermedades importadas* sobre las que recaen una parte importante de los estigmas y prejuicios en materia de salud en relación a la población inmigrante:

[...] preocupados por el transporte de posibles agentes patógenos, el énfasis se pone en el acto de migrar, en el viaje, en el traslado tanto de enfermedades tropicales a un entorno donde tienen una prevalencia casi inexistente, o ya se han erradicado- como es el caso de la malaria- o en el riesgo de enfermedades infecciosas que, ya presentes en el país, se consideran necesarias de controlar, como es el caso de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH o la tuberculosis (De Meñaca, 2004: 54).

Esto se traduce -como queda reflejado en numerosos textos- en un abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención de la población inmigrante más como *problema o desafío* para la asistencia sanitaria y para la salud pública, que como una oportunidad de enriquecer el panorama asistencial con otras formas socio-culturales de entender esos procesos y los valores que los acompañan.

La salud mental de las personas inmigrantes es otro de los temas más profusamente estudiados, sobre todo en relación al llamado *duelo migratorio*. En la revisión bibliográfica se ha podido constatar la gran cantidad de artículos en los que se tratan problemáticas relacionadas con la salud mental de las personas inmigrantes - también de los y las magrebíes/marroquíes- atribuidas en gran medida a las condiciones socioeconómicas, administrativas y familiares en relación a sus itinerarios migratorios y a los procesos de adaptación que ellos suponen.

El marco legal y de protección sanitaria y social que encuentra la inmigración en España es otro de los aspectos sobre el que se ha encontrado abundante bibliografía que

pone en relación muchas veces el derecho a la salud y la asistencia de la población inmigrante con el concepto de ciudadanía y las políticas de integración social.

A lo largo de la búsqueda bibliográfica también se ha podido observar que las cuestiones de inmigración y salud, aunque menos profusamente y de manera tangencial, son abordadas por otras disciplinas como la Sociología, el Derecho o el Trabajo Social. Y no se pueden olvidar las áreas de Traducción y Comunicación, que han establecido sus vínculos interdisciplinares con la salud a través de trabajos que indagan en la comunicación y la mediación intercultural elaborando, entre otros materiales, guías de actuación dirigidas a desarrollar las habilidades antropológicas de los profesionales de la salud y facilitar la comunicación terapéutica paciente inmigrante-profesional. La mayor parte de estas guías producidas en España y consultadas para este trabajo, tienen apartados específicos dedicados a la atención sanitaria de la población árabe musulmana inmigrada, sobre todo de origen magrebí, sin detenerse demasiado en la diversidad interna de este grupo de inmigrantes.

En el transcurso de la revisión documental de esta tesis se ha podido comprobar también que la etiqueta *inmigrante* o *inmigrantes* (en plural) se maneja en numerosos textos de forma genérica, cuando no reduccionista. Más allá de los orígenes étnico-nacionales de la población inmigrante, muchos textos no son sensibles a la heterogeneidad interna de los diversos colectivos estudiados, asociada a variables importantes⁴ para estudiar los fenómenos sociales relacionados con la salud-enfermedad-atención: género, clase social, edad, religión, nivel de estudios, origen rural o urbano, etc.

Sin embargo, en los estudios encontrados sobre migraciones y salud en España elaborados desde una perspectiva socio-antropológica, es habitual que se comparen y contemplen las diferencias internas de los diversos grupos de migrantes en los contextos sociosanitarios de acogida que, -como apunta Gijón (2008: 257)- son formalmente igualitarios, pero estructuralmente desiguales. Una parte importante de la literatura sobre salud e inmigración manejada en este estado de la cuestión se nutre precisamente

⁴ Es pertinente recordar que cada una de las variables que se contemplan y relacionan en un estudio determinado pueden ser significativas en un contexto sociocultural concreto y sin embargo perder o cambiar su significación y relevancia cuando se consideran en otro contexto diferente.

de las aportaciones de la Antropología de la Medicina, que tiene entre sus objetos de estudio la salud intercultural en contextos migratorios.

Es preciso resaltar también que los textos específicos sobre la *inmigración magrebí* no siempre aportan datos sobre el colectivo marroquí inmigrado, al que, como ya se ha apuntado, es frecuente encontrar enmarcado dentro del universo socio cultural árabe musulmán del Magreb, dentro de categorías más amplias de “inmigrante-s magrebí-es”, “inmigrantes norteafricanos-as,” o “inmigrantes musulmanes-as.” Aunque entendemos que la pertenencia al espacio geográfico del Magreb implica compartir elementos socioculturales y religiosos comunes, en un intento de mantener la rigurosidad metodológica, en la medida de lo posible, se ha tratado de clarificar qué fuentes utilizadas son específicas de la inmigración marroquí y cuáles incluyen a este colectivo en ese universo más amplio árabe musulmán magrebí.

La revisión bibliográfica para esta tesis ha puesto de manifiesto el complejo panorama general de los estudios de migraciones y salud que se acaba de describir y de su producción científica, al tiempo que ha mostrado también la práctica ausencia de estudios que aborden los procesos de salud-enfermedad-atención de los y las migrantes marroquíes en la Comunidad Valenciana, no habiéndose encontrado fuentes concretas sobre la salud de este colectivo en Castellón.

Todo lo anterior ha condicionado y complejizado la recogida de información y la redacción de la tesis y, en particular, el desarrollo de este capítulo. De entre todas las lecturas realizadas he seleccionado aquellas que puedan relacionarse más directamente con mi objeto y sujetos de estudio, de forma que, al mismo tiempo, puedan ser también de utilidad para otros trabajos relacionados con la inmigración marroquí, la salud y la convivencia intercultural.

1.2. La inmigración árabe musulmana marroquí: emergencias y presencias

*Si encuentras a un forastero, ayúdalo:
quizá llegue el día en que lo seas
(Proverbio marroquí).⁵*

En la actualidad, los países europeos receptores de inmigración son lugares de intersección cultural en los que coexisten posiciones aparentemente contradictorias: por una parte se mantiene el interés en la integración de la población inmigrante extracomunitaria y, por otra, hay signos de incomprensión y aumentan las actitudes de desconfianza, cuando no de claro rechazo, en medio de un debate político y mediático muy centrado en el manejo de los flujos migratorios y en el control de la inmigración irregular (Viruela y Domingo, 2002: 114; Zapata-Barrero, 2008: 383).

Estas ambivalencias sociopolíticas no han hecho más que acentuarse tras el inicio de la crisis económica mundial de finales del primer decenio del siglo XXI, y con ellas los repuntes etnocéntricos y xenófobos.⁶ Asociados a la inmigración, el origen étnico, clase social o religión, han sido, y siguen siendo en la actualidad, variables que

⁵ La hospitalidad, la ayuda mutua y la solidaridad son bienes preciados que engrosan el capital social y cultural de los pueblos y las culturas: son bienes transculturales de paz y para la paz. Cuando en una de mis lecturas me encontré con este proverbio ya había comenzado el trabajo de campo y había podido constatar las dificultades que muchos/as inmigrantes marroquíes experimentan en sus vidas cotidianas, por ser inmigrantes, por ser musulmanes/as, no europeos/as y, en su mayoría, por ser pobres. Al mismo tiempo, en aparente contradicción, las muestras de solidaridad, hospitalidad y apoyo que recibían en otras tantas ocasiones. Lo que no sospeché en aquel momento, a mediados del 2009, fue su carácter premonitorio, cuando el final del tiempo de bonanza económica de España tras la incorporación en la Comunidad Económica Europea, empezaba a vislumbrarse. España era país receptor de importantes remesas de inmigrantes a finales de los años 2000. Hoy en día seguimos siendo país receptor de inmigrantes, pero nos hemos convertido de nuevo en país emisor, en general de jóvenes altamente cualificados, expulsados, o nunca incorporados al mercado laboral por la crisis y las políticas económicas y sociales neoliberales que la han acompañado: “Si encuentras a un forastero ayúdalo...” dice el proverbio marroquí.

⁶ Partidos xenófobos e Islamófobos de extrema derecha han repuntado en países como Francia, Holanda, Austria, o Grecia, alimentados en muchos casos por el descontento y empobrecimiento progresivo de las clases populares, y en los últimos años por los discursos populistas de exaltación nacional que promueven la fobia al inmigrante –al extranjero pobre– como símbolo y origen de los males y peligros derivados de la crisis económica. Para más información véase, SOS Racismo (2013): «Informe anual», *Alter* nº14 Septiembre. Disponible en <http://www.sosracismomadrid.es/web/blog/2013/10/10/alter-numero-14-septiembre-2013/>. Al mismo tiempo, los recortes en las prestaciones sociales y el endurecimiento de las condiciones laborales en los países europeos más castigados por la crisis (España, Portugal, Grecia, entre otros) han impactado de manera especial en los colectivos más vulnerables de inmigrantes: en España, por ejemplo, estamos viendo el retorno forzado de miles de ellos a sus países de origen, sin olvidar el impacto sobre la salud de la población inmigrante, aún sin cuantificar ni evaluar, derivada de los recortes en las prestaciones sanitarias tras la entrada en vigor del ya tristemente famoso Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de Abril.

determinan distintos grados de discriminación, lo que supone siempre recibir un trato menos favorable que el que recibiría otra persona ante una situación similar (Zanfrini, 2007: 106; FRA, 2009: 6). Y la discriminación se acompaña siempre de desventajas sociales que pueden condicionar la vida, la salud y los destinos de las personas.

La percepción de discriminación por motivos de religión o creencias, aunque varía según contextos, afecta al 51% de los musulmanes en Europa, mientras que entre las minorías étnicas no musulmanas sólo un 20% la perciben (FRA-Muslims, 2009:10).

En España, a pesar de tener una legislación muy avanzada en lo relativo al pluralismo religioso, siguen habiendo muchas dificultades políticas y sociales para reconocer las demandas culturales y religiosas de la comunidad islámica (Zapata-Barrero, 2008: 386; El País, 2009: 61), y los tópicos como el fanatismo y la violencia asociados al Islam parecen estar también fuertemente anclados en la opinión pública española (Lacomba, 2009: 6). Esta realidad contrasta sin embargo con los datos de un interesante estudio demoscópico que fue encargado en el año 2008 por el Gobierno Español, dentro del Plan Nacional para la Alianza de Civilizaciones, según el cual la comunidad musulmana de origen inmigrante se siente bien en España y valora especialmente la libertad, el acceso a la sanidad pública y el respeto a las creencias religiosas (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009: 61).⁷ Según este mismo estudio, el perfil de la comunidad musulmana en España es marcadamente masculino (un 77%) y joven (el 92% tiene menos de 45 años). La mayoría dicen que la religión es muy importante en su vida, no cree que haya ninguna religión superior a otra y practican un Islam tolerante.

Al saludable debate actual sobre el Islam en los países europeos de inmigración musulmana se yuxtapone una islamofobia⁸ que refuerza la imagen reduccionista y

⁷ No se han encontrado datos con los que contrastar los posibles cambios de opinión y percepciones de la comunidad musulmana inmigrada en España motivadas por el impacto de la crisis económica (periodo 2009-2014) y de los recortes en materia laboral, sanitaria, educativa, entre otros, que se han venido sucediendo con especial contundencia desde 2011, con la puesta en marcha de duras políticas económicas y sociales de ajuste estructural promovidas por la troika financiera europea (Comisión Europea, por el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional), con el apoyo del partido en el gobierno.

⁸ *Islamofobia* es un término político que define las dinámicas y prácticas discriminatorias y racistas que impedirían llevar adelante la *agency* musulmana a individuos y grupos. Es un concepto relativamente nuevo que algunos equiparan a la *arabofobia* o a la *moro/maurofobia*, y que en los últimos años, sobre todo a raíz de los atentados del 11-S en Nueva York, ha venido definiendo un clima social y político de rechazo y/o discriminación de los miembros de las comunidades musulmanas inmigradas y autóctonas. No hay consenso académico o jurídico para el término *islamofobia*, por lo que las políticas y las acciones

monolítica de “nosotros” los occidentales -y europeos- frente a “ellos” los musulmanes, y niega la diversidad, tanto del universo cultural occidental como del árabe y/o musulmán (Martín Muñoz, 2007: 7). Cabe señalar también la persistencia en el subconsciente europeo de una sensibilidad antiislámica que, instalada en un imaginario de confrontación histórica, se remonta a la amenaza que supuso el Islam (árabe o turco) para el mundo cristiano entre los siglos VIII y XVII (Goytisolo, 2008: 343-344); “imaginario histórico” sobre árabes y musulmanes, que en nuestros sistemas cognitivos y emocionales están asociados muchas veces a ideas o sentimientos xenófobos que entienden el Islam como una “anomalía histórica”, que dificultan la comprensión de las identidades de estos grupos humanos y la distorsionan, y que en una clara identificación esencialista contraponen democracia e Islam, generando un alto grado de rechazo que en España va dirigido fundamentalmente hacia la población norteafricana y concretamente hacia la marroquí (Lacomba, 2001: 14; Zapata-Barrero, 2006: 43; López García y Bravo López, 2008: 813; Martínez Veiga, 1997: 87). La incomprensión cultural y religiosa, así como el aislamiento social y diversos tipos de discriminación directa e indirecta, son algunas de las consecuencias posibles de la islamofobia.

En este mismo sentido se refiere Moreras (2004a: 412-415) cuando explica que la connotación de los atributos sociales, culturales o religiosos de los grupos minorizados no acostumbra a ser neutra, está condicionada por las percepciones del grupo mayoritario y siempre incluye elementos valorativos. La incorporación del factor religioso islámico en la percepción de los y las inmigrantes en España se remonta a finales de los años 1990 ligada al aumento de los flujos migratorios desde Marruecos, a pesar de que su presencia y los espacios de culto son bastante anteriores (desde los años 1970). Definir a los colectivos de inmigrantes marroquíes en España por las categorías *musulmán/a* y/o *islámico* es en sí mismo reduccionista y determinista, ya que supone implícitamente atribuir a todas las personas que los componen una misma ritualidad, un

encaminadas a disminuir sus consecuencias se encuadran dentro de la lucha más general contra un racismo biológico que ha ido reformulando su discurso hacia marcadores claramente sociales y culturales. El concepto se construye también en contextos sociales diferentes por lo cual sus contenidos, prácticas y consecuencias pueden ser también diversos. En España se empieza a utilizar a partir del año 2000. Para profundizar en las raíces de este problema y en su deconstrucción, vislumbrando alternativas pacíficas -la *Islamofilia*- desde posiciones antiesencialistas, véanse las reflexiones de Bernabé García y Fernando Bravo (2008: 811-831).

mismo sentido de la vida: que piensen, sientan y actúen de la misma manera. Supone su nivelación y homogeneización en base a un atributo que, aún estando muy presente, no está exento de heterogeneidad interna en cuanto a apegos, creencias y prácticas se refiere. Desde los años 1990, a las atribuciones socioeconómicas (trabajador/ra inmigrante), cultural (árabe-beréber) y nacional (marroquí), se les sumó la atribución musulmán/a- islámico-Islamista. Para Moreras, en la misma línea de los estudios citados anteriormente,

La visibilidad del Islam en la sociedad española es producto de la creciente atención, que medios de comunicación y opinión pública muestran ante las expresiones de una presencia, que es preconceptualizada como potencialmente problemática. Una problemática que se vincula directamente con el terreno de la integración social, pues se entiende que el mantenimiento de pertenencias y observancias religiosas es contraproducente con este objetivo, y que las circunstancias del panorama internacional (especialmente tras los atentados del 11-S y del 11-M) parecen haberla transformado también en una potencial amenaza para la sociedad española (Moreras, 2004a: 412).

Moreras también hace hincapié en otro análisis necesario para no dejarse guiar por estereotipos estigmatizantes: para él, en los análisis simplistas de las prácticas culturales sigue prevaleciendo el *paradigma del trasplante* que presupone que las personas inmigrantes simplemente relocalizan la cultura de origen, y reproducen de manera exacta sus prácticas, valores y significados de manera inmutable. Lo que ocurre en relación a la cultura se daría de igual manera en lo relativo a la religión:

Partimos de atribuciones genéricas de adscripción a un culto determinado, como es el Islam, sin contrastar la manera en que se transforman las observancias y pertenencias religiosas durante el tránsito migratorio. Todo ello lleva a caer en tres supuestos erróneos: el del transplante inmutable, el de la homogeneidad interna de los colectivos y el de la centralidad de la cultura y/o religión en la construcción de las identidades (Moreras, 2004a: 412-413).

Pero además, también es necesario y pertinente resaltar que la pobreza es uno de los principales estigmas de la inmigración sobre el que descansan los prejuicios xenófobos. Cuando en contextos migratorios las diferencias étnico-culturales y religiosas se asocian a la pobreza, las posibilidades de sufrir diferentes tipos de discriminación y exclusión social aumentan, y con ellas también los riesgos para la salud bio-psico-social/cultural de los venidos *de fuera*, y a veces también *de lejos*, en un sentido cultural de lejanía que no siempre tiene que ver con la distancia geográfica, como es el caso de los y las inmigrantes marroquíes en España y en la Comunidad Valenciana.

En este sentido, La Parra explica que la exclusión en salud se puede considerar una forma más de violencia estructural. Según él, son numerosos los estudios que muestran los individuos con menores niveles de ingresos, educación, peor situación laboral, o que viven en regiones más pobres presentan peores indicadores de salud y que, además, otros factores como la clase social, el género, la étnia, o la edad, entre otros, son variables que también influyen en la relación entre desigualdad en salud-exclusión social-estado de salud (La Parra, 2002: 261).

La inmigración árabe musulmana encuentra dificultades en especial en los ámbitos del empleo, la educación y la vivienda; en los primeros tiempos de su itinerario migratorio europeo, la separación de la familia y la comunidad, y las dificultades con el idioma aumentan el riesgo de marginación y exclusión social y hace que muchos inmigrantes musulmanes vigoricen sus lazos religiosos como una forma de reforzar su identidad y su sentido de pertenencia, y de encontrar también significado, apoyo mutuo y estabilidad en su nueva vida (Casa Árabe, 2007: 25, 26; Lacomba, 2009: 3, 11).

Durante el Siglo XX, la emergencia y presencia cada vez mayor de comunidades árabes y musulmanas en Europa se dio fundamentalmente en las décadas de 1950 y 1960. Estas oleadas de migración se detuvieron durante la década de 1970 a raíz de la guerra árabe-israelí del Yom Kippur (o del Ramadán) de 1973 y la crisis energética mundial que la siguió, para volver a resurgir nuevamente con fuerza a partir de los años noventa (Al-Salabi, 2008: 339), ampliando sus destinos migratorios a países del sur de Europa que, como España, había sido hasta pocos años antes país emisor de emigrantes y por su ubicación geográfica lugar de tránsito hacia el Norte europeo, para los y las inmigrantes procedentes del Magreb.

Así mismo hay que resaltar que un número creciente de personas de religión musulmana viven en Europa: «[...] the community as a whole is growing steadily. The Pew Forum reports that Muslims in Europe have grown from 29.6 million in 1990 to 44.1 million in 2010, and are expected to reach 58 million by 2030» (El-Bachouti, 2013: 14).⁹ Además, según El-Bachouti,

⁹ Traducción propia: «[...] la comunidad como un todo está creciendo de forma constante. El forum eclesiástico ha informado que, en Europa, la población musulmana ha aumentado desde 29,6 millones en 1990 a 44,1 millones en 2010, y el total esperado hacia el año 2030 es alcanzar los 58 millones»

European Muslims encompass diverse ethnic, religious, and cultural markers of identity. Moroccans and Turkish descendants, for instance, do not attend the same mosques for linguistic and cultural differences, and espouse a vision of integration that it is quite distinctive, and proportional to their different historical presence and its formation in Europe. [...] The difference between the religiosity and the shape of practices between generations is also salient (2013: 14).¹⁰

En España viven más de 800.000 inmigrantes procedentes de países de mayoría islámica, siendo la mayor parte de origen magrebí: marroquíes fundamentalmente, seguidos a mucha distancia por la inmigración argelina, a los que se suman personas de otras procedencias nacionales y geográficas muy variadas, como Senegal, Pakistán, Gambia, Nigeria, Mali y Oriente Medio (Lacomba, 2009: 8, 10; INE, 2012).

La emigración marroquí está relacionada directamente con la evolución de los mercados laborales europeos, muy especialmente el alemán, el holandés, el francés y el español. Aunque antes de los años noventa España ya era lugar de destino de los flujos migratorios del Magreb, será a partir de esta década cuando ya de forma notoria la inmigración magrebí –y la marroquí en especial- se dirigirán hacia España por la fuerte demanda de trabajo no cualificado que exigirá el campo y la agroindustria española a partir de esos años (Piqueras, 2007: 140).

Según el Observatorio Valenciano de las Migraciones de la Fundación CeiMigra¹¹ (2009: 27) el número de residentes marroquíes en España es de 652.695, de los cuales el 10,2% (66.886) viven en la Comunidad Valenciana y entre estos últimos el 25% (16.749) residen en la provincia de Castellón; en la ciudad, con 180.014 habitantes, el número de residentes marroquíes censados a 1 de Enero de 2008 era de 2194 personas, lo que supone el 1,22 % del censo de población.

¹⁰ Traducción propia: «Los musulmanes europeos abarcan diversos registros étnicos, religiosos y culturales. Los descendientes de marroquíes y turcos, por ejemplo, no acuden a las mismas mezquitas por razones de diferencia lingüística y cultural, y adoptan una visión integradora que es bastante distintiva y en proporción con sus diferencias formativas y presencia histórica en Europa. La diferencia entre la religiosidad y el tipo de prácticas entre generaciones es también destacada».

¹¹ Según CeiMigra la Comunidad Valenciana acoge a migrantes de 102 nacionalidades distintas. En menos de seis años se ha pasado de 250.000 a casi un millón de extranjeros, concretamente 732.102 personas, que suponen un 15% de la población de la Comunidad. De ese 15%, algo más de la mitad (387.275 personas) son originarios de la Unión Europea y algo menos de la otra (344.827 personas) vienen del resto del mundo. Es interesante reflexionar sobre el hecho de que los extranjeros comunitarios residentes no suelen ser percibidos por la población local como inmigrantes, categoría que se reserva para los extranjeros extracomunitarios.

La inmigración marroquí en España, según el Atlas de la Inmigración Marroquí en España (Sempere, 2004: 322) procede en su mayoría de las zonas que durante más tiempo ha tenido una historia común con España: las provincias del norte de Marruecos que fueron parte del protectorado español a partir de 1912, en particular las regiones de Yebala, con las provincias de Tetúan, Chauen y Tánger; del Rif con la de Alhucemas, y el Kert con la ciudad de Nador, siendo estas zonas fronterizas las principales emisoras de emigrantes hasta 1991. Desde entonces se observa una gran diversificación de los orígenes y la emergencia de nuevos polos migratorios entre los que resaltar la zona atlántica con el eje urbano Casablanca-Kenitra, la región Oriental, con las zonas de Uxda y Taurirt y, sobre todo, la zona del Atlas, en particular la región de Beni-Mellal, que es una de las principales zonas de emisión de emigrantes que llegan a la Comunidad Valenciana en su conjunto. Los emigrantes marroquíes buscaron en Argelia primero y después en Europa sus primeros destinos, y las políticas migratorias más restrictivas de los años 90 en sus destinos preferentes de Alemania, Holanda y Francia, estuvieron detrás de la llegada de los primeros contingentes importantes de marroquíes a España:

La presencia de estos últimos en la Comunidad Valenciana se remonta a la segunda mitad de los años 1980, cuando aparecieron los trabajadores en la agricultura de varias zonas del norte de esta autonomía y en particular, en los cítricos del Norte de la provincia de Castellón. [...] Desde mediados de los años 1990, se asiste a un incremento de la presencia de marroquíes cuyo número ha aumentado casi sin cesar de año en año (Sempere, 2004: 319).

Pero, no solamente el endurecimiento de las condiciones laborales y de vida en estos países ricos de Europa explican la llegada de inmigrantes marroquíes a España: los ya sabidos lazos históricos y culturales derivados del Protectorado; los factores geográficos de proximidad y clima, y, por supuesto, los factores económicos relacionados con las condiciones de vida material en sus zonas de origen, la pobreza y falta de expectativas laborales de las provincias del Norte, como Alhucemas o Tetuán (Martínez Veiga, 1997: 87-107). Todas estas zonas rurales del Rif fueron muy desfavorecidas por el poder central marroquí durante el reinado de Hassan II, y esta realidad explica también la llegada creciente de inmigración marroquí a España desde mediados del los años 80 del pasado siglo, en adelante, cuando España entró en un periodo de crecimiento económico importante.

Los marroquíes que viven en España representan alrededor de un 20,4% del total en la Unión Europea, muy por debajo de países como Francia, con un 44.3%. Las

deficientes condiciones del mercado laboral marroquí y las dificultades para llevar adelante en el propio país los planes de vida imaginados, son los incentivos más importantes para abandonar el país (*push factors*). Al mismo tiempo, la evolución política y económica de España en los últimos años, la cercanía geográfica y sus lazos históricos y económicos en el área mediterránea, son los principales factores de atracción (*pull factors*), que alimentan la idea de España como país de oportunidades y por lo tanto como destino imaginado y posible (Zapata-Barrero, 2008: 384). Tampoco conviene olvidar la potente influencia de las redes migratorias que han venido atrayendo y reagrupando a nuevos inmigrantes marroquíes hacia enclaves geográficos concretos en territorio español.

En Marruecos los sueldos son bajos, los niveles de paro son altos -sobre todo entre los jóvenes-, y no existen políticas de bienestar que den cobertura a sectores importantes de la población. Así mismo, la posibilidad de ascenso social es remota para amplios sectores de la población. La presencia de turistas europeos entrando libremente en el país, cuando a los ciudadanos marroquíes se les prohíbe el libre acceso a Europa, sirve para mostrarles los fallos de la estructura socioeconómica marroquí y hacer más deseable *el viaje* a Europa para muchos de ellos (Nair, 2006: 25), que llegan a creer que cualquier empleo en España -por precario que sea- será mejor que en Marruecos.¹²

Por otra parte las redes comunicacionales globalizadas actúan como motores que dirigen los imaginarios de las personas migrantes hacía otros lugares antes ya de que emprendan sus viajes migratorios. En un mundo que globaliza más fácilmente las comunicaciones y los capitales económicos y financieros que los flujos de personas, los paisajes tecnológicos (*technoscapes*) y mediáticos (*mediascapes*) hacen posible que quienes están de una u otra forma *conectados* desde el punto de vista comunicacional e informático (García Canclini, 2006: 45) puedan imaginar otras vidas, construir *protonarraciones* de vidas posibles, fantasías que se pueden convertir en el prolegómeno de su deseo de adquirirlas, de mudarse y cambiar de vida (Appadurai,

¹² Sin embargo, la paradoja actual está en el hecho de que la crisis económica mundial instaurada en 2008 ha redirigido el exangüe sector de la construcción español hacia el norte de Marruecos, donde el *boom* inmobiliario es notable y visible en los barrios de las periferias de ciudades del Norte marroquí como Tánger o Tetuán. Esta deslocalización de las empresas constructoras españolas ha arrastrado a la emigración a Marruecos a trabajadores españoles y ha generado nuevas expectativas laborales para los marroquíes. Sería motivo de otro estudio establecer el impacto de estos cambios en el tejido productivo y en la economía marroquí y sus consecuencias sobre los flujos migratorios hacia España.

2005: 33-35),¹³ como primer paso de un *viaje* que ha comenzado mucho antes del desplazamiento físico de los cuerpos. Una gran cantidad de antenas parabólicas, que cualquier viajero puede observar en las ciudades y pueblos del Norte de Marruecos - como Tánger por ejemplo-, conectan a muchos hombres y mujeres marroquíes no sólo con el resto del mundo árabe musulmán, sino con el universo cultural occidental, que geográficamente empieza cerca de su país y de sus casas, tan sólo 15 Km. al Norte del Estrecho de Gibraltar.

Los estudios de migraciones, como ya se ha comentado en el apartado anterior, han hecho mucho énfasis en los aspectos relacionados con el trabajo y los flujos de población, desde una perspectiva cuantitativa y descriptiva fundamentalmente. Conceptualizar la inmigración desde la perspectiva laboral ha venido proyectando sombras sobre la calidad de los inmigrantes como seres sociales y culturales, portadores de universos de símbolos y de prácticas sociales que movilizan con sus desplazamientos (Lacomba, 2001: 35), que son fundamentales para pensar y entender las dinámicas sociales -también los procesos de salud, enfermedad y atención- en los contextos migratorios.

Los inmigrantes marroquíes en Castellón, como se verá más adelante en el Capítulo 4, son un colectivo que no se caracteriza ciertamente por su homogeneidad: procedentes de contextos urbanos y rurales, de origen árabe o berebere, con diferentes niveles de formación, historias de vida e itinerarios migratorios, su adscripción al Islam y la nacionalidad marroquí, son las dos categorías más relevantes bajo las que la mayoría de sus integrantes se reconocen. Dentro de un enclave migratorio urbano que abarca la ciudad de Castellón y algunos pueblos agroindustriales de su área metropolitana y de la costa Norte de la provincia, vive y trabaja una parte importante de la colonia marroquí de la provincia, con una vinculación social con la sociedad de acogida que puede considerarse débil, y sobre la que descansan estereotipos estigmatizantes.¹⁴

¹³ Más adelante, en el desarrollo del marco teórico se volverá sobre estas dimensiones/paisajes de la globalización que Arjun Appadurai propone para comprender –traducir, podríamos decir- los desafíos de la diversidad cultural en un mundo global con fuertes tensiones y conexiones complejas entre homogeneización y heterogeneización, entre lo local y lo global.

¹⁴ Uno de mis informantes marroquíes, un hombre joven con estudios universitarios y experiencia en el campo de la cooperación y el trabajo social en Marruecos, me contaba con tristeza como pocos días antes de mi entrevista con él, al llegar a la mezquita para realizar sus oraciones, se encontró con un *graffiti* en la

Todo el Magreb comparte características culturales y religiosas que pueden ser equiparables en los distintos países que componen esa área geográfica mediterránea pero, al mismo tiempo, diferentes desarrollos históricos, político-sociales y económicos inducen especificidades nacionales en la inmigración magrebí que van más allá de su religión y tradiciones culturales compartidas. En el caso de Marruecos comparte con España, además de fronteras geográficas, su pertenencia al Arco Mediterráneo, por lo que los lazos político-económicos y culturales de ambos países son muy potentes y se remontan a un largo pasado histórico de relaciones de vecindad, colonialidad y convivencia cultural, no exentas de conflictividad. Todo ello, y la presencia, como ya se ha comentado, de estereotipos estigmatizantes en la sociedad española y valenciana que podríamos concretar en una *islamofobia* y *maurofobia* latentes, me pusieron frente a un reto antropológico muy sugerente.

En los y las inmigrantes árabe musulmanes marroquíes en España, las concepciones de la persona, así como las creencias, representaciones y prácticas relacionadas con la salud, la enfermedad están conectadas con el universo cultural simbólico árabe-beréber y del Islam, religión de Estado en Marruecos, a la que se sienten vinculados/as la mayoría de ellos/as, y que la mayoría también valora como muy positiva para la salud del cuerpo y del espíritu. Se hace necesario, no obstante, contemplar la heterogeneidad de grados de observancia religiosa, sus desmarques de las referencias culturales y religiosas de origen, así como sus repliegues identitarios como consecuencia del proceso migratorio y sus avatares, porque todo ello está ocurriendo en las sociedades de acogida. Ningún actor de la interculturalidad permanece inmutable ante el contacto intercultural: los cambios, los préstamos de todo tipo circulan en todas direcciones. Es preciso, pues, tratar de entender las relaciones entre cultura/religión-salud-enfermedad sin aislarlas de los contextos socioeconómicos y políticos en que se manifiestan (en Marruecos y en España), lo cual nos debe facilitar la comprensión y el mejor conocimiento de este colectivo de migrantes en la sociedad de acogida.

pared junto a la puerta de entrada que decía: “musulmanes terroristas”. Estas expresiones Islamóforas y racistas no son habituales, pero cuando ocurren vienen a incrementar la inseguridad y los sentimientos de exclusión de toda la comunidad musulmana.

1.3. Aproximación epidemiológica a las condiciones de salud de la población inmigrante marroquí

[...]solo, sin compañero con cuya amistad solazarme ni caravana a la que adherirme, pero movido por una firme decisión en el alma[...] Me decidí, pues, en la resolución de abandonar a mis amigas y amigos y me alejé de la patria como los pájaros dejan el nido. Aún vivían mis padres y hube de soportar el dolor de tenerlos lejos, por lo cual todos tres caímos enfermos (Ibn Baṭṭūta, 2005: 122).

Numerosas fuentes revelan que las personas migrantes son, en general, jóvenes y sanas -las personas más jóvenes y sanas de sus comunidades de origen-, con gran fortaleza (física y psicológica), mejor preparación profesional y más capacitadas dentro de sus familias; tienen iniciativa y capacidad de adaptación, por eso precisamente han podido emigrar, y su vulnerabilidad en materia de salud empieza muchas veces en el país receptor. Además, numerosos estudios muestran también que las necesidades de salud de las personas migrantes son similares a las de la población autóctona española, y otros tantos rompen el tópico de que las *enfermedades importadas* por la inmigración suponen un peligro para la salud pública en España, confirmando que estas últimas son sólo una pequeña fracción del total de las demandas de salud (Alonso y otros, 2006; Gijón y otros, 2008: 256; Fuertes y Martín Laso, 2006: 5;8; Roca y De Balanzó, 2006: 3; Jansá, 2008: 873; Pertíñez y Clusa, 2008: 17; Díaz Olalla, 2008: 12, 19, 22, 23; Gómez y De Miguel, 2009: 282; Sayed-Ahmad, 2006: 9).

Como ya se ha comentado en el apartado anterior, las condiciones de vida de los y las inmigrantes más pobres y la situación de irregularidad administrativa son las que les colocan en posiciones de mayor vulnerabilidad, ya que además, en estos casos, la salud no es percibida por estas personas como un bien prioritario, como podría ser el trabajo, la vivienda o la situación legal, lo que justificaría algunos comportamientos de abandono del cuidado de la salud que podemos encontrar. En el binomio salud-inmigración, más allá de la asistencia sanitaria, son de resaltar otros factores determinantes: vivienda, alimentación, educación, trabajo, hábitos de vida, religión, situación legal, núcleo familiar presente o no, cultura y tradiciones médicas, entre otros (Alonso y otros, 2006: 6-7; Bermann i Lurbe, 2008: 72). Y todos estos factores, según Plaza del Pino, están a su vez condicionados firmemente por su pertenencia o no a la Unión Europea: las personas inmigrantes extracomunitarias tendrán más riesgo de vivir

situaciones “de precariedad vital” emocional y social, legal, laboral y económica (Plaza del Pino, 2010: 27).

Puigpinós mantiene también que el inmigrante económico suele ser una persona joven y con un nivel de salud frecuentemente superior al de su país de origen, a pesar de que la reagrupación familiar conlleva la llegada de personas de más edad, y hace hincapié en la necesidad de considerar que,

No hem d'oblidar, però, que l'immigrant econòmic sol arribar de països amb una epidemiologia propia quant a malalties cròniques i infeccioses i, d'altra banda, que el fet de la immigració es sí mateixa una situació d'estrès que juntament amb les condicions precàries i d'inestabilitat amb què es trova a l'arribada al país d'acollida, el fan més vulnerable a la malaltia (Puigpinós, 2006: 68).¹⁵

Atendiendo a las condiciones de aparición de las enfermedades encontramos pues que, como resultado de los movimientos de población, migrantes, (y también refugiados y viajeros internacionales por turismo, negocios, etc) pueden presentar las llamadas *enfermedades importadas* que, siendo propias de países o zonas geográficas determinadas, se diagnostican en países en las que no son habituales (menor prevalencia) o no existen. A su vez estas patologías *importadas* pueden clasificarse en *tropicales*¹⁶ y *cosmopolitas*, siendo estas últimas de distribución mundial pero con diferentes tasas de incidencia y prevalencia según países o áreas geográficas.¹⁷ Las

¹⁵ Traducción propia: «No hemos de olvidar, sin embargo, que el inmigrante económico suele llegar de países con una epidemiología propia en cuanto a enfermedades crónicas e infecciosas y, por otra parte, que el hecho de la inmigración es por sí mismo una situación de estrés que junto a las condiciones precarias y de inestabilidad en la que se encuentra a su llegada al país de acogida, lo hacen más vulnerable a la enfermedad».

¹⁶ Desde una perspectiva de equidad en salud y de derechos humanos, son llamadas también enfermedades “desatendidas” u “olvidadas” porque se trata de patologías prevalentes fundamentalmente en países pobres, en áreas tropicales y subtropicales, que causan una elevada morbi-mortalidad, enormes sufrimientos y devastadores efectos sociales y económicos en los países, y a las que se dedican muy pocos recursos para investigar tratamientos eficaces que las prevengan o curen. Relacionadas con personas migrantes y viajeros internacionales, poco prevalentes y algunas nunca detectadas en España, son llamadas también, desde una clara aproximación etnocéntrica biomédica occidental, enfermedades *exóticas*: malaria (paludismo), esquistosomiasis, enfermedad de Chagas, dengue, tripanosomiasis africana, leishmaniasis, cólera, oncocercosis, tracoma, diversas fiebres: amarilla, del Valle del Rift, del Ébola, etc. Más información sobre todas ellas, véase Organización Mundial de la Salud (2013): «Enfermedades tropicales», Disponible en http://www.who.int/topics/tropical_diseases/es/index.html (Consulta 09/05/2013)

¹⁷ Ejemplos de estas enfermedades cosmopolitas serían la tuberculosis (TBC), hepatitis virales, infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH-SIDA, y muchas parasitosis. Es difícil establecer si algunas de estas enfermedades de distribución cosmopolita son importadas por las personas migrantes o por viajeros autóctonos -turistas- que las contraen en el curso de sus viajes. En el caso de los inmigrantes también interesa discernir si por el contrario, son adquiridas ya en la inmigración por

enfermedades importadas suponen un porcentaje pequeño del conjunto de las patologías de la inmigración, junto a otras de base genética detectadas y diagnosticadas en el nuevo medio. Por otra parte, las *enfermedades adquiridas* en el país de acogida son más frecuentes entre la población inmigrante que las importadas y se relacionan con las condiciones y hábitos de vida de la inmigración que se acompañan, como ya se ha explicado, de una mayor vulnerabilidad bio-psico-social: falta de redes de apoyo familiares y de amistad, precariedad laboral, de vivienda e higiénico-alimentaria, pobreza y exclusión social que tienen que enfrentar en grados diversos durante su periplo migratorio. Otras patologías son las llamadas *reactivas o de adaptación*, igualmente adquiridas, relacionadas con el desarraigo, la falta de integración y el estrés de la migración, y a estas hay que sumar las llamadas *enfermedades del retorno*, cuando los inmigrantes - o sus hijos- viajan o regresan temporalmente a sus países de origen y tras años de vivir en otro país presentan menor inmunidad frente a determinadas enfermedades prevalentes en sus países de origen, y adquieren enfermedades que no padecieron en su país antes de emigrar (Fuertes y Martín Laso, 2006:6-8; Bermann i Lurbe, 2008: 71).

Los servicios de urgencia suelen ser el primer contacto de la población inmigrante con el sistema sanitario y los motivos de consulta y hospitalización están en concordancia con el uso propio de una población joven y sana, predominando la atención ginecológica y obstétrica en el caso de mujeres, las visitas de medicina general en los hombres y la asistencia pediátrica (Santiago y otros, 2006: 53).

La demanda asistencial de la población inmigrante ha venido aumentando en los últimos años de manera proporcional al aumento de la población migrante, siendo la red sanitaria pública la más utilizada. «Como necesidades específicas cabe destacar, entre otras, las vinculadas a la salud laboral en determinados grupos de población inmigrante, aspectos vinculados a la salud materno-infantil, déficit nutricionales y trastornos de adaptación» (Jansá, 2008: 873), siendo numerosas las investigaciones que desmontan otro tópico muy extendido entre la opinión pública española y entre los profesionales sanitarios en particular: que la población inmigrante hace un mayor uso que la española

condiciones sociales adversas ya mencionadas: precariedad laboral, de vivienda, hacinamiento, mala alimentación, etc.

-y a veces abusivo- de los dispositivos y recursos sanitarios. Recogemos sólo algunas de especial relevancia:

El estudio realizado por la Fundación Ciencias de la Salud sobre el uso comparativo de los servicios del Sistema Nacional de Salud por parte de inmigrantes y españoles¹⁸ -de los más amplios realizados hasta la fecha en España- muestra que la población inmigrante recurre menos a la sanidad pública que la población española; las personas migrantes acuden con menos frecuencia al médico especialista y solicitan menos pruebas preventivas (mamografías o citologías), con la única excepción de la mayor afluencia a los servicios de urgencias de algunos de estos colectivos (latinoamericanos en la Comunidad de Madrid, por ejemplo), lo que se atribuye a un problema de desinformación sobre los protocolos a seguir para acceder a los servicios sanitarios. Así mismo, este informe también señala que, en líneas generales, aquellos sujetos que emigran están más sanos que los que se quedan en sus lugares de origen y que esta condición de mayor salud se mantiene largo tiempo, y que los inmigrantes procedentes de países ricos muestran un comportamiento en el uso de los servicios sanitarios similar a los inmigrantes procedentes de los países pobres (Díaz de Olalla y otros, 2008).¹⁹

Otro estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Aragón durante los años 2006-2008, analiza la frecuentación diferencial de los servicios de Atención Primaria y el patrón de consumo farmacéutico según el origen de los pacientes (migrantes-autóctonos) y concluye, en la misma línea del anterior y otros revisados,²⁰ que existe un claro infrautilización de estos servicios por parte de la población inmigrante y que el consumo farmacéutico es sensiblemente mayor entre la población autóctona que entre la

¹⁸ El estudio se realizó sobre una amplia muestra de población de entre 16 y 74 años de las Comunidades autónomas de Madrid (2005), Cataluña (2006), Canarias (2004) y Valencia (2006) y sus resultados son extrapolables al resto de las autonomías. Los servicios médicos investigados fueron: medicina general, especialistas, urgencias, hospitalización, servicios médicos preventivos (mamografías-citologías) así como servicios médicos privados: odontólogos y médicos especialistas.

¹⁹ Para una revisión rápida de la información puede accederse al Informe de Resultados de este estudio desde la web de la Fundación de Ciencias de la Salud

http://www.fcs.es/publicaciones/diferencias_utilizacion_servicios_sanitarios_poblacion_inmigrante_poblacion_espanola.html.

²⁰ Otro estudio realizado por la Fundación Pfizer en 2008, *Inmigración y el Sistema Sanitario Público Español*, presenta conclusiones similares a las citadas en este trabajo: la población inmigrante utiliza menos que la española los servicios de salud. No es el objetivo de este apartado hacer una revisión exhaustiva de esta realidad pero sí interesa resaltar estas conclusiones, similares en todos los estudios que se han revisado para esta investigación.

población inmigrada. En este estudio se resalta igualmente que la población inmigrante es en general joven y sana y se señalan otras variables que pueden influir en el infratilización como son las dificultades de acceso a los dispositivos de salud, el desconocimiento del sistema sanitario, el uso de las medicinas alternativas, las diferencias psicosociales de cada cultura o las condiciones laborales (Gimeno y Lasheras, 2009).

En la misma línea de los estudios anteriores Louhamane (2009: 382) hace hincapié en que la población inmigrante marroquí es joven y sana y que el hecho migratorio es el que condiciona que un número limitado de individuos padezcan patologías que, en la mayoría de los casos, ya están presentes en España y Europa y no son específicas del área del Magreb. Así pues, los y las migrantes marroquíes no serán una excepción en la tendencia general de las personas inmigrantes a desarrollar enfermedades adquiridas en el lugar donde residen, ajustándose también a los patrones epidemiológicos de la sociedad receptora.

García-Menéndez y otros (2003: 307) abordan el perfil de morbilidad de la inmigración magrebí clasificando las patologías en *importadas*, sobre todo de etiología infecciosa (Ej. Tuberculosis) menos prevalentes en España; y otras como es el caso de algunas *enfermedades tropicales* de muy baja prevalencia en este grupo de población; éstas últimas son además de difícil transmisión por la ausencia de los vectores específicos (Ej. mosquitos), así como por las condiciones de higiene pública establecidas en nuestro medio. En el caso de enfermedades infecciosas raras en nuestro medio (malaria, enf. parasitarias como la esquistosomiasis,²¹ etc.), el principal problema según García-Menéndez, más que su riesgo para la salud pública, son las dificultades para su diagnóstico, ya que los médicos de familia no siempre tienen experiencia en este tipo de patologías.

²¹ Parasitosis urogenital (o intestinal) causada por gusanos del género *Schistosoma*. Las larvas penetran en el cuerpo a través de la piel al entrar en contacto con aguas infectadas. Las formas adultas viven en los vasos sanguíneos donde se reproducen. Los huevos salen al exterior en la orina y las heces perpetúan el ciclo vital del parásito. Otros colonizan tejidos y producen reacción inmunitaria y deterioro progresivo de los órganos colonizados. La forma urogenital es muy frecuente en África y Oriente Medio, en áreas tropicales y subtropicales, y cursa con fiebre, sangrados urinarios (hematurias), síndromes miccionales, fibrosis de vejiga y uréteres y lesiones renales. Muy frecuente en la infancia se diagnostica en inmigrantes procedentes de países pobres y es una enfermedad muy invalidante, con efectos sociales, económicos y sanitarios importantes. Véase Organización Mundial de la Salud (2010): «Esquistosomiasis», Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs115/es/index.html> (Consulta 08/05/2010)

En relación a la etiología de las enfermedades que afectan a la población inmigrada marroquí, Bermann i Lurbe (2008: 70, 71) encuentran,

1.- Patologías de origen infeccioso: Infecciones comunes (respiratorias, etc.); enfermedades de transmisión sexual y dentro de ellas el VIH-SIDA; Hepatitis B y C; tuberculosis (TBC); infecciones tropicales parasitarias (esquistosomiasis, leishmaniasis²²).

2.- Patologías de origen no infeccioso: Trastornos psicosociales (de ansiedad y/o depresivos, somatizaciones, duelos postergados, etc.); siniestralidad laboral y accidentes domésticos; enfermedades de base orgánica (Fiebre familiar del Mediterráneo,²³ hemoglobinopatías y anemia ferropénica); patologías crónicas, como el importante problema de la diabetes *mellitus* en este grupo de población; problemas de salud reproductiva.

En lo que respecta al VIH-SIDA cabe decir que sexualidad y SIDA son con frecuencia temas tabú para la inmigración marroquí: la construcción social de la sexualidad de este colectivo está fuertemente influenciada por concepciones y creencias culturales y religiosas que estigmatizan las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA y a sus portadores. Sobre ellas recaen explicaciones causales biomédicas y otras atribuidas a estilos de vida que transgreden preceptos y normas morales y religiosas. Todo ello favorece actitudes de ocultación y rechazo hacia estas enfermedades, y el estigma de las personas que las padecen, así como una actitud muy reactiva para someterse al test de detección del VIH y a los diversos tratamientos que este grupo de enfermedades cosmopolitas requieren (Bermann i Lurbe, 2008: 70, 71).

La diabetes, dentro de las enfermedades crónicas, es relevante en el colectivo marroquí inmigrado. Roca y otras (2006: 81-82) en un estudio comparativo de la

²² Enfermedad muy invalidante y potencialmente mortal tiene diversas variantes: cutánea (con úlceras en cara, brazos y piernas) y mucocutánea (muy deformante del rostro por destrucción de las mucosas de la boca y la nariz). La forma visceral o *kala azar* (del hindí “fiebre negra” por el color gris de la piel), muy grave, con fiebres altas intermitentes, esplenomegalia y hepatomegalia, pérdida de peso y anemia, en las personas que la padecen en los países pobres, por falta de tratamiento, una tasa de mortalidad del 100% en 2 años. Ampliamente distribuida por África, América, Asia y Europa, afecta a más de 12 millones de personas en más de 80 países. Las diversas especies de protozoo *Leishmania* tienen como vector de transmisión un pequeño insecto el *phlebotomine sandfly* presente también en áreas intertropicales y templadas. Véase también Organización Mundial de la Salud (2010): «Enfermedades tropicales», Disponible en http://www.who.int/topics/tropical_diseases/es/index.html (Consulta 11/05/2010)

²³ Enfermedad inflamatoria crónica, hereditaria, que cursa con fiebre elevada y dolor abdominal agudo, pleuritis, pericarditis, artritis, etc. Frecuente en poblaciones de la cuenca mediterránea.

prevalencia de la enfermedad entre migrantes y españoles, encuentran una mayor prevalencia de diabetes (tipo 1 y 2) entre la población de origen magrebí-marroquí²⁴ y un peor control (farmacológico y dietético) de la enfermedad. Roca y otras señalan que la prevalencia de la enfermedad en Marruecos es inferior que en el país de acogida lo que, según ellas, lleva a que los marroquíes perciban que la diabetes es una enfermedad *occidental* que desaparecerá cuando regresen a Marruecos; la mayor prevalencia en nuestro medio es atribuido en este estudio a diferencias culturales en cuanto a la percepción de la enfermedad crónica y a los cambios de alimentación de los marroquíes cuando llegan a España: beben más bebidas azucaradas, bollería y comidas preparadas, y cuando son hombres solos los que emigran (situación muy común) la alimentación es menos equilibrada. Numerosos estudios relacionan también el cumplimiento del ayuno del mes de Ramadán con dificultades para el control farmacológico-dietético de la enfermedad y proponen pautas de tratamiento y recomendaciones para las personas musulmanas diabéticas que, a pesar de estar eximidas del ayuno por su enfermedad, desean realizarlo (Ashraf, 2007: 19-20; Al-Arouj, 2005: 2306-2307). Algunos de los riesgos descritos que se asocian al ayuno de Ramadán en personas diabéticas son: hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis diabética y deshidratación y trombosis (SVMFIC, 2009:1).

Dentro de las *patologías cosmopolitas importadas* merece mención especial la tuberculosis (TBC), que ha centrado importantes esfuerzos de vigilancia epidemiológica en los países de la Unión Europea receptores de inmigración y es una enfermedad asociada a los llamados *determinantes sociales de la enfermedad*. La pobreza y la precariedad laboral de la población inmigrante se acompañan muchas veces de malas condiciones higiénico-alimentarias y hacinamiento en viviendas compartidas con otras personas inmigradas,²⁵ todo lo cual favorece los contagios o reactivaciones de esta patología infecciosa. Más que un problema para la salud pública,²⁶ la tuberculosis es un

²⁴ El origen de los pacientes diabéticos estudiados y comparados es España, Marruecos, Iberoamérica, Europa. La media de edad de los diabéticos tipo 1 (el páncreas no produce insulina) de origen marroquí es de 33 años respecto a los 37 años de media del resto de diabéticos. Para la diabetes tipo 2 (relacionada con sobrepeso y resistencia insulínica) los marroquíes tienen una edad media de 55 años mientras que el resto tiene una media de 67 años.

²⁵ El acceso a una vivienda digna es un factor de integración importante y está muy relacionado con las condiciones higiénico-dietéticas y laborales de las personas inmigrantes.

²⁶ Habiéndose detectado casos de contagio a la población autóctona española, es de resaltar que la tuberculosis (TBC) no se transmite fácilmente cuando las condiciones inmunológicas de los sujetos son

problema para los y las migrantes, ya que los contagios se dan mayoritariamente dentro de los propios colectivos nacionales o grupos étnicos que comparten condiciones sociolaborales y económicas muy parecidas, en las que es fácil la transmisión directa de la enfermedad por contacto directo con enfermos sin diagnosticar, o no tratados adecuadamente. Condiciones de vida y laborales y una gran movilidad geográfica en busca de ofertas de trabajo, impiden también en muchos casos poder mantener adecuadamente los largos tratamientos farmacológicos que esta enfermedad impone y los controles médicos pertinentes.

Según Louhamane (2009: 382), en Marruecos, la incidencia de TBC triplica la existente en España, sin embargo es «reduida la incidencia de la TBC en el conjunto de la población inmigrante procedente del Marrocc» (Bermann i Lurbe, 2008: 76).²⁷ También se ha evidenciado que, en general, la mayor incidencia de TBC en población inmigrante no ha supuesto un repunte de la enfermedad entre la población autóctona española (Pertíñez y Clusa, 2008: 18).

La población inmigrada magrebí trabaja básicamente en la construcción, el sector agrícola y en menor medida las mujeres en el sector doméstico. La precariedad laboral y las jornadas intensivas son barreras para la asistencia sanitaria de este colectivo y muchas de las patologías que se observan tienen relación -directa o indirecta- con el ámbito del trabajo.²⁸ Para García-Menéndez y otros (2003: 309) los

adecuadas, lo que se relaciona también con una alimentación y condiciones higiénicas adecuadas, así como vivienda en condiciones satisfactorias con ausencia de hacinamiento. Es decir las condiciones mayoritarias de la población autóctona en España y en la Comunidad Valenciana. Numerosas fuentes establecen que los primeros 2-5 años tras la emigración son el periodo de más riesgo para los y las inmigrantes, tanto de contagio como de reactivación.

²⁷ Traducción propia: «reducida la incidencia de la TBC en el conjunto de la población procedente de Marruecos»

²⁸ En la provincia de Castellón donde se ha realizado el trabajo de campo, además del sector agrícola y de la construcción, los migrantes marroquíes trabajaban, antes de la crisis económica mundial del 2008, en el potente sector industrial de la provincia: las fábricas de azulejos. Con la llegada de la crisis, el colectivo ha sufrido una clara movilidad social descendente ya que el derrumbe del sector de la construcción ha llevado al cierre de muchas de estas fábricas y gran cantidad de hombres marroquíes han pasado a engrosar las cifras de trabajadores parados. Esto ha condicionado, por una parte, la entrada en el mundo laboral (actividades de servicio doméstico y otras no cualificadas) de algunas mujeres marroquíes acuciadas por la situación económica familiar; en otros casos el retorno de la familia (mujer e hijos) a Marruecos es la solución temporal ya que el subsidio de desempleo percibido por el trabajador en paro no permite vivir a toda la familia en España, pero sí en Marruecos. Algunos hombres abandonan las viviendas familiares que tenían alquiladas (o compradas e hipotecadas!) y, parados o con trabajos sumergidos y esporádicos, viven en pisos compartidos -a veces hacinados- con otros trabajadores extranjeros en la misma situación, o incluso en infraviviendas en el campo, en escenarios de vida mucho peores de los que tuvieron en los primeros tiempos de su itinerario migratorio. La esperanza de que

problemas de salud y las *enfermedades adquiridas* más frecuentes entre la inmigración magrebí son:

- *Accidentes*: por falta de cualificación para los trabajos que desempeñan y desconocimiento de normas de seguridad laboral. Las patologías traumatológicas diversas (fracturas, patologías discales, heridas) abundan sobre todo entre los trabajadores magrebíes de la construcción.
- *Exposición a agentes tóxicos* (pesticidas, productos químicos) en el sector agrícola, que se relacionan con diversas patologías neurológicas, depresión nerviosa e incremento en el número de abortos en las mujeres expuestas.
- *Patologías infecciosas respiratorias*: por la exposición a las inclemencias climatológicas en los diversos trabajos al aire libre que realizan.
- *Problemas de salud relacionados con la higiene y el hacinamiento* como la sarna²⁹ y la pediculosis,³⁰ en los casos en que las condiciones de vida y de vivienda son deficientes.
- *Problemas de tipo psicosomático/psicológico*: trastornos somatomorfos y adaptativos, duelos migratorios, depresiones nerviosas, que en ocasiones derivan, pese a que el factor religioso de su pertenencia al Islam frena las conductas adictivas al alcohol y las drogas.
- *Patología gastrointestinal y problemas dispépticos* (no graves), relacionados con cambios nutricionales y en niños se han encontrado casos de avitaminosis y anemia ferropénica por utilización inapropiada en madres trabajadoras de los sustitutos de la lactancia materna.

mejore la situación económica y laboral y puedan volver a trabajar les mantiene en espera, pero el miedo a ver truncado su proyecto migratorio, perder el permiso de residencia -suyo y de la familia-, así como el permiso de trabajo, les atenaza y crea gran ansiedad y estrés.

²⁹ Ectoparasitosis que se trasmite por un ácaro parásito, el *Sarcoptes Scabiei* ("el arador de la sarna") y produce lesiones cutáneas costrosas, pequeños granos, enrojecimiento, picor importante y lesiones cutáneas en forma de surcos por la penetración de las hembras en la capa córnea de la piel y su avance formando túneles. Se transmite por contacto directo y también por vía sexual. Es una enfermedad de distribución mundial –cosmopolita-, muy contagiosa y de fácil diagnóstico y tratamiento, que se relaciona con la pobreza, con condiciones de vida y de salubridad deficientes.

³⁰ Infestación del cuero cabelludo y el cabello por piojos, muy común en nuestro medio, se da en todas las clases sociales, aunque las condiciones de vida y vivienda deficientes, el hacinamiento y la pobreza favorecen su difusión. Es frecuente su contagio en niños de escuela y guarderías.

- *Problemas relacionados con el seguimiento del ayuno musulmán anual del mes de Ramadán*: incumplimiento terapéutico de los fármacos que se administran más de una vez al día, trastornos físicos (fatiga, agotamiento, hipoglucemias, mareos, deshidratación, etc).

Checa, en su estudio sobre la *culturización del dolor* entre inmigrantes africanos mayoritariamente musulmanes en la provincia de Almería, relacionaba también las enfermedades más detectadas, digestivas, respiratorias, dermatológicas, musculoesqueléticas, de transmisión sexual y crónicas (diabetes, hipertensión, y muchas caries entre los magrebíes...), con determinantes sociales de la enfermedad secundarios a la inmigración: malas condiciones de vivienda, laborales, falta de información sanitaria, problemas con el idioma, cambios importantes en sus hábitos de vida, consumo de sustancias (alcohol y drogas, marginalidad y aislamiento social), en lo que él llama la *paradoja del arrinconamiento*: la sociedad excluye o no permite la completa inclusión de algunos colectivos, lo que les produce enfermedades. Checa llama también la atención sobre el hecho de que la religión musulmana, mayoritaria entre los magrebíes, prohíbe las relaciones sexuales fuera del matrimonio y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, lo cual no evita que la infección de transmisión sexual más extendida entre ellos sea la gonorrea y que se encuentren alcohólicos entre los hombres que, liberados de la presión religiosa y social que tenían en sus países, y bajo condiciones generalmente de soledad, exclusión social y marginalidad, recurren a prácticas sexuales poco seguras y consumen sobre todo alcohol “para olvidar.” (1998: 110-113).

Las condiciones de vida del colectivo de migrantes magrebíes en España son muy heterogéneas, dependen del contexto sociopolítico y geográfico que analicemos y no debemos perder de vista que, en general, las desigualdades sociales, la marginación y exclusión social inciden directamente sobre los procesos de salud, enfermedad y atención: como envés de la moneda, más derechos político-sociales, menos desigualdades y mayor inclusión social favorecen la salud de las personas inmigrantes. Entre la inmigración magrebí -marroquí-, hombres solos sin sus familias, menores migrantes en situación de desamparo y mujeres solas son los grupos más vulnerables, sobre todo cuando se encuentran además en situación administrativa irregular.

En general, la inmigración marroquí en Castellón tiende a vivir en familias nucleares bien estructuradas y con condiciones socio-sanitarias adecuadas/saludables (vivienda, alimentación, redes de apoyo familiar y del colectivo árabe-musulmán local,

acceso a asistencia sanitaria, educación de los niños). La reagrupación familiar o el permiso de residencia por arraigo se intenta siempre cuando se consigue regularizar la situación administrativa del primer miembro de la familia -generalmente hombres que han llegado solos-, y aunque no se puede reproducir el modelo de familia extensa típico de Marruecos, la vida en familia facilita, en general, unas mejores condiciones de vida para sus miembros y reduce -aunque no elimina- riesgos de salud bio-psico-sociales.

Así pues, a modo de síntesis de lo ya visto en este apartado: la población inmigrante en España, entre la que se cuenta la inmigración marroquí es, en general, joven y sana y utiliza menos -salvo los servicios de urgencias hospitalarias- los dispositivos de salud del Sistema Público de Salud español. Y es cierto también que la migración lleva aparejada una mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad, siendo

[...] la propia situación de inmigración el principal factor de riesgo para la salud del inmigrante y la que determina con mayor claridad las patologías que padecerá en el futuro, elevando en muchos casos sus posibilidades de morbilidad, discapacidad y muerte a niveles mayores de los que asumía de manera natural en su país de origen (Díaz Olalla, 2009: 12).

1.3.1. Salud mental e inmigración marroquí

El contexto social, cultural y económico-político de la aflicción es una realidad que está ahí, como los cromosomas o los neurotransmisores [...] sólo cuando las sociedades contemporáneas se han convertido en multiculturales y han tenido que asumir que lo exótico es ya lo cotidiano, la cultura ha aparecido como una variable más perentoria (Martínez Hernández, 2008a: 37).

La adaptación de los y las migrantes a su nueva vida es un proceso dinámico que se inicia en el momento mismo en que se toma la decisión de emigrar y que transcurre después con progresos y retrocesos, con pérdidas y ganancias que atañen tanto a las relaciones externas como internas de la persona y a la estructura de su personalidad en forma de cambios identitarios; en este proceso suelen estar presentes tres mecanismos mentales: la ansiedad, el estrés y la ambivalencia (Sayed-Ahmad, 2006: 12; Sayed-Ahmad, 2008: 23). En el origen de los duelos de la emigración se entremezclan emociones ambivalentes de alegría por haber conseguido llegar al destino elegido -o sobrevenido-, y de tristeza por todas las personas y cosas que se abandonan o pierden.

Los individuos creamos numerosos vínculos afectivos con personas, lugares, tradiciones, etc. que necesitamos reelaborar cuando abandonamos el país de origen y nos convertimos en migrantes o refugiados. La pérdida o alejamiento de la familia y los

amigos, los cambios en el estatus social y en el sentido de pertenencia a una nación o a un grupo étnico determinado condicionan en la persona migrante variados procesos de duelo,³¹ o lo que es lo mismo, procesos de reorganización de la personalidad consustancial al contacto adaptativo-creativo y de búsqueda del equilibrio psíquico (García Campayo y Alda, 2005: 9).

Atxotegui define el *duelo migratorio* como un proceso en el cual las personas migrantes reelaboran sus vínculos de origen y reorganizan su personalidad tras perder o alejarse de cosas, lugares y personas significativas, es decir cuando el desarraigo - voluntario o no- entra a formar parte de sus vidas. Pero el duelo migratorio, percibido en mayor o menor medida por todos los y las inmigrantes, no hay que entenderlo en un sentido siempre negativo ya que,

[...] es un proceso natural y frecuente en la vida psíquica de todo ser humano: todo cambio supone una parte de duelo, porque, aunque ganemos nuevas cosas, siempre dejamos atrás, también, algo con lo que nos hemos vinculado afectivamente y que forma ya parte de nuestra propia historia [...] por eso la elaboración del duelo constituye una parte esencial del contacto adaptativo (Atxotegui, 2000:84).

Desde esta perspectiva el *duelo migratorio* es funcional y necesario y, más que tratar de eliminarlo o negarlo, se debe abordar como parte de un proceso general de cambio que incluye también, en muchas ocasiones, aspectos muy positivos y deseados: mejores condiciones de vida, nuevas oportunidades y motivaciones, la posibilidad de obtener nuevas y satisfactorias relaciones humanas, o la satisfacción y la fuerza que da sentirse artífice del propio destino, entre otras. El duelo, como “peaje” por el que la persona migrante pasará, tiene su contraparte en esos aspectos positivos.

El duelo migratorio no es pues una enfermedad o trastorno mental sino sólo la base sobre la cual en ocasiones algunas personas pueden desarrollar problemas

³¹ Por duelo entendemos la forma particular -culturalmente definida-, física, psicológica y socialmente manifestada, que tienen las personas de enfrentarse a las pérdidas o separaciones de todo tipo. Afrontar una nueva realidad no siempre buscada y deseada, conciliar y comprender situaciones que a menudo no pueden ser controladas o modificadas, supone siempre un trabajo psicológico importante para todas las personas en todas las culturas. El *duelo simple* es el que puede ser elaborado de forma satisfactoria y funcional por la persona; el *duelo complicado* ocurrirá cuando las dificultades personales o del entorno son grandes y la persona tiene problemas para adaptarse a las pérdidas; el *duelo extremo* ocurre cuando la persona no puede manejar el estrés por las pérdidas y dificultades, así como los estresores que las acompañan (miedo, ansiedad, etc) y no puede adaptarse a la nueva situación, convirtiéndose en ocasiones en un *duelo crónico* y disfuncional del que la capacidad de resiliencia que muchas personas desarrollan ante situaciones vitales difíciles, sería el envés de la moneda.

psicológicos, o incluso perturbaciones mentales más graves, como la depresión (Santiago y otros, 2006: 51). Entre los apegos originarios y los adquiridos en la nueva vida y las pérdidas y ganancias que la acompañan, los problemas psicológicos, - fundamentalmente cuadros de tipo psicossomático y ansioso depresivo- se relacionarán con las dificultades en la elaboración de ese duelo, que a su vez depende de variables personales, así como de la debilidad o consistencia del proyecto migratorio de cada persona, y de las dificultades derivadas de su inserción en la estructura social que les acoge (Atxotegui, 2000: 85-86; 2008: 64).

Sayed-Ahmad hace hincapié en los aspectos positivos asociados a la inmigración al afirmar que

[...] la inmigración posibilita el autoconocimiento y la pérdida del miedo a lo desconocido y al otro, facilitando de este modo la aceptación y el respeto a la diferencia y a la diversidad.[...] Se trata, en general, de personas jóvenes y fuertes física y psicológicamente que durante el proceso de emigración se enfrentan a una cadena de adversidades y situaciones estresantes, las cuales afrontan generalmente con éxito [...] (Sayed-Ahmad, 2006: 9).

Bermann y Lurbe señalan también que la migración representa una experiencia más perturbadora para personalidades frágiles que pueden descompensarse ante la suma de dificultades, pero que el grueso de los y las inmigrantes no están en este grupo sino entre las personas en relativas buenas condiciones físicas y mentales que padecen las consecuencias de la vulnerabilidad psicológica ligada al propio proceso migratorio, que no es patógeno *per se*, e inciden en mostrar que incluye numerosos aspectos positivos, como por ejemplo:

[...] mobilitzar l'energia psíquica i física, activar les capacitats per a crear vincles, xarxes de solidaritat, posar a prova la flexibilitat dels mecanismes psicològics, millorar els mecanismes de gestió de la frustració, contribuir, en definitiva, a l'enriquiment i creixement personal (2008: 80).³²

En este mismo sentido se definen Jansá y García de Olalla al afirmar que según numerosos estudios la inmigración «no produciría por sí misma un incremento del riesgo de presentar enfermedades mentales, sino que éstas se vincularían sobre todo a experiencias de adaptación durante el proceso migratorio» (2004: 209). Sanjuán

³² Traducción propia: «[...] movilizar la energía psíquica y física, activar las capacidades para crear vínculos, redes de solidaridad, poner a prueba la flexibilidad de los mecanismos psicológicos, mejorar los mecanismos de gestión de la frustración, contribuir, en definitiva, al enriquecimiento y crecimiento personal»

puntualiza que, aunque no hay acuerdo entre expertos nacionales ni internacionales sobre en qué medida se puede relacionar la enfermedad mental y la inmigración, el cambio vital drástico que ésta conlleva puede acompañarse de beneficios en las condiciones económicas, la calidad de vida, el desarrollo individual y en la atención a enfermedades preexistentes, mentales o no (Sanjuán, 2007: 83).

Desde una perspectiva epidemiológica las principales patologías psiquiátricas que se encuentran en migrantes son: trastornos por estrés postraumático; esquizofrenias y paranoias; somatizaciones; trastornos afectivos y suicidio; trastornos de la personalidad y trastornos ligados a la cultura (*culture-bound syndroms*), así como el denominado Síndrome de Ulises (García Campayo y Alda, 2005: 14).

Desde una perspectiva clínico-asistencial interesa nombrar los siete aspectos o duelos específicos de la migración que resumen los principales procesos de desarraigo que las personas migrantes de cualquier procedencia suelen referir en las consultas: duelo por la familia y amigos; por la lengua; por la cultura; por la tierra; por el estatus; por el contacto con el grupo étnico; y por los riesgos físicos que acompañan a la migración: los derivados del viaje, por accidentes/enfermedades, por la precariedad laboral y las condiciones de vida (Atxotegui, 2000: 85).

Cuando la persona migrante tiene que vivir circunstancias muy difíciles los niveles de estrés pueden hacerse insoportables y superar su capacidad de adaptación;³³ el miedo/terror, la soledad, la lucha diaria por la supervivencia (comida, casa, etc.), y la desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio, nos dan el marco psicológico y psicosocial de los estresores y duelos de las personas inmigrantes en situación extrema, a partir de los cuales Joseba Atxotegui acuñó el denominado *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, o Síndrome de Ulises*.³⁴ Este cuadro clínico relaciona el

³³ El estrés se puede definir como un estado de activación fisiológica y psicológica frente a las demandas del medio en que vivimos y por tanto como una respuesta adaptativa útil para la supervivencia. Cuando el sujeto tiene dificultades para hacer frente a las demandas del medio en el que vive los niveles de estrés pueden ser demasiado altos y mantenidos y no cumplir con esa función adaptativa. El distrés se relaciona con diferentes grados de fatiga mental o física, la concurrencia de trastornos y enfermedades orgánicas (osteomusculares, digestivos, cardiovasculares, etc.), con problemas relacionales interpersonales y de gestión de las emociones, etc.

³⁴ En referencia a las penalidades y peligros, a la soledad y el desarraigo de Ulises (Odiseo), el legendario héroe homérico de la Odissea, en su largo viaje de regreso a Ítaca, tras haber luchado en la guerra de Troya. Existe un fuerte debate sobre la conveniencia o no de utilizar esta categoría nosológica o si, por el contrario, los síntomas que con él se relacionan no constituyen un cuadro diferenciado de otras patologías mentales ya descritas por la psiquiatría convencional. No obstante su uso está normalizado en la mayoría

estrés límite del migrante con la aparición de síntomas psicopatológicos más o menos intensos y numerosos del área depresiva (tristeza, llanto, culpa, ideas de muerte); del área de la ansiedad (tensión, nerviosismo, preocupaciones excesivas y recurrentes, irritabilidad, insomnio), así como somatizaciones (cefaleas, fatiga, dolores osteomusculares, abdominales, etc.), fallos en la memoria y la atención, desorientación temporal, confusión mental, e interpretaciones culturales de la sintomatología (creerse aojados,³⁵ o poseídos o víctimas de hechizos). Atxotegui hace además una fuerte e interesante crítica social al relacionar este cuadro clínico emergente en los países ricos de acogida con el progresivo endurecimiento de las políticas migratorias en los últimos años (Ej. países de la Unión Europea) que hacen más difícil y problemática la vida de los y las inmigrantes (2005: 1-11).

Así pues parece que dependiendo de factores personales y de las características específicas de cada proyecto migratorio, de la concurrencia, intensidad y cronicidad de los estresores y de la presencia o no de redes de apoyo social, el riesgo de sufrimiento emocional de las personas migrantes puede ser alto y con él, el peligro de padecer dificultades psicológicas que puedan derivar en duelos más o menos disfuncionales y, en ocasiones, en trastornos mentales diversos. Los *estresores clásicos* de la inmigración (cambio de lengua, de contexto geográfico, de cultura) son en cierta forma “esperados” por las personas inmigrantes. Son los *estresores límite*, ligados a las dificultades derivadas de la estructura social que les acoge (problemas administrativos, laborales, de vivienda, racismo y xenofobia, etc.) sumados a los anteriores, los que les pondrán en situación de riesgo de padecer dificultades psicológicas o problemas psicopatológicos. Es conveniente reseñar que gran parte de estos *estresores límite*, una vez han llegado al país de destino, podrían reducirse con políticas públicas que primaran los derechos humanos, el apoyo y la inclusión social de estos colectivos.

de la abundante literatura revisada en este estado de la cuestión sobre inmigración y salud mental. Es importante la precisión de Atxotegui al señalar que los estresores límite que pueden provocar el Síndrome de Ulises pueden agudizar o hacer que se manifiesten otros trastornos mentales *standard* depresivos o psicóticos, que el o la inmigrante ya podía padecer antes de emigrar.

³⁵ El “mal de ojo” o “aojamiento” se considera una enfermedad folk que tiene su origen en la creencia popular de que la envidia de determinadas personas, bien de forma consciente o inconsciente puede causar determinados males, enfermedad o situaciones inexplicables. Ese poder innato de ciertas personas actúa a través de la mirada, de ahí su denominación.

El informe *Muslim in Europe*, del Open Society Institute, resalta el hecho de que «for Muslim who are migrants, the emocional impact of uprooting and resettling in a new social context also affects mental health»³⁶ y que, desde una perspectiva de género, estos efectos se dejan notar sobre todo en las mujeres inmigrantes musulmanas que son una fuente principal de soporte físico y emocional para los miembros mayores y más jóvenes de la familia, que suman responsabilidades adicionales tanto si migran con sus familiares como si los dejan atrás, así como estrés adicional y tensiones que puede afectar a sus nuevas vidas (Open Society Institute, 2009: 153).

En un estudio realizado en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Torre Cárdenas de Almería, en el que se incluyeron todos los pacientes inmigrantes ingresados en dicha Unidad desde Enero de 1998 hasta Julio de 2006 de distintas procedencias (un total de 151 personas, 70,2% varones y 29,8% mujeres), se evidenció que entre los pacientes magrebíes mayores de 30 años, activos laboralmente y conviviendo en familias nucleares se encontraron trastornos somatomorfos y neuróticos ligados a situaciones estresantes, y se evidenció también que los pacientes que ingresaron por intentos autolíticos o lesiones autoinflingidas respondían al perfil mayoritario de varón, activo laboralmente, de origen magrebí y que convivía con amigos (Santiago y otros, 2006: 50). Estos mismos autores concluyen en su estudio que los problemas de salud más frecuentes entre la población inmigrante son los trastornos adaptativos, relacionados con el duelo migratorio y también las manifestaciones psicosomáticas y llaman la atención sobre un hecho importante:

[...] la inmigración puede dar lugar a manifestaciones diferenciadas de los cuadros mentales que conviene conocer, para no confundir las reacciones vivenciales con los auténticos trastornos mentales, y evitar así tanto la psiquiatrización del malestar como la medicalización de los migrantes y de sus duelos migratorios (2006: 75).

Gentil, en un estudio sobre el *estrés inicial* en inmigrantes marroquíes en la Comunidad de Madrid, encontró diferencias significativas entre los que proceden de zonas rurales y los de las grandes ciudades de Marruecos, de forma que en este último grupo hay más personas que padecen niveles altos de «ansiedad, estrés, agotamiento

³⁶ Traducción propia: «Para los musulmanes emigrantes, el impacto emocional de desarraigo y establecimiento en un contexto social nuevo, tiene, también, efectos sobre su salud mental»

psíquico y frustración, pues, además del desarraigo de todo emigrante, sufren la desclasación a la baja.³⁷ Aspiraban a un trabajo más de acuerdo con su preparación, pero muy difícilmente lo consiguen» (Gentil, 2007: 99-100). Según Gentil, entre este grupo las motivaciones para emigrar no sólo son económicas sino sociales: buscan mayores oportunidades educativas para sus hijos, mayor bienestar social, mejores servicios sociales, etc, y las dificultades son vividas con más ansiedad y mayor estrés. Sin embargo los que proceden de zonas rurales, en ocasiones analfabetos o con niveles bajos de instrucción, vienen a España con la idea de mejorar su calidad de vida, pero sobre todo de ayudar a sus familias que han dejado en Marruecos: si las dificultades y padecimientos no son muy intensos, consiguen regularizar su situación administrativa y encuentran trabajo, a menudo perciben que su proyecto migratorio ha merecido la pena.

En relación a la percepción de bienestar psicológico de los y las migrantes y de los factores que lo incrementan o disminuyen, Fassaert y otros exploran las relaciones entre aculturación y distrés psicológico entre inmigrantes musulmanes de primera generación procedentes de Marruecos y de Turquía en los Países Bajos, y asocian el contacto satisfactorio y la participación social de estos colectivos, unida a la posibilidad de mantener al mismo tiempo su herencia cultural y su identidad, con un menor nivel de estrés psicológico, además, «[...] improving mastery of the dominant language in host societies, and allowing migrants to preserve their traditions, might be effective measures in improving the mental well-being of migrants» (Fassaert y otros, 2009: 1);³⁸ por el contrario también concluyen que «[...] a lack of contact and participation in the larger society, as well as a lack of maintenance of heritage culture and identity, may result in marginalization of migrant groups, which has been associated with unfavourable health effects» (2009: 9).³⁹

³⁷ Movilidad social descendente respecto a su estatus en Marruecos. En ocasiones son profesionales o personas con estudios universitarios que en España tienen que realizar trabajos mal remunerados y socialmente menos considerados que los que ellos sienten que les corresponderían por su formación académica. En esta situación difícil se encuentran algunos de los informantes de esta tesis: sentimientos de fracaso y baja autoestima acompañan a estas personas inmigrantes.

³⁸ Traducción propia: «[...] mejorando el dominio de la lengua predominante en las sociedades que acogen y permitiendo a los emigrantes la preservación de sus tradiciones, pueden ser medidas efectivas para mejorar el bienestar mental de los emigrantes».

³⁹ Traducción propia: «[...] La falta de contacto y participación en la sociedad, así como la falta de mantenimiento del legado cultural y la identidad, puede motivar la marginalización de los grupos emigrantes, que ha sido asociada con efectos desfavorables sobre la salud».

Así pues parece que la salud mental y el bienestar subjetivo de la inmigración musulmana marroquí en diferentes sociedades europeas está muy relacionada con aspectos comunicacionales (Ej. aprendizaje de la lengua de la sociedad receptora) y con niveles satisfactorios de participación social, junto con la posibilidad de mantener, al mismo tiempo, su herencia cultural y ver reconocida su identidad; «la vocación de toda inmigración es fusionarse y pertenecer al tejido social de la sociedad de acogida, pero en conflicto con otra prioridad: la necesidad universal de los humanos de mantenerse fiel a sus tradiciones» (Marticano y García Campayo, 2004: 13).

Según Martínez Muiño el llamado *estrés aculturativo*, entendido como la tensión, más o menos permanente o duradera, que produce la confrontación con una nueva cultura, puede ser causa de problemas de salud psicológicos, somáticos y de relación social (Martínez Muiño, 2006: 98), de ahí la importancia de estimular y promover medidas que aumenten la vinculación social de los y las migrantes sin olvidar la importancia de reconocimiento de sus identidades, valores y prácticas culturales.

Por otra parte, Hernández Plaza y otros (2005) muestran la importancia de los aspectos más funcionales del apoyo social y su relación con la percepción de bienestar psicológico durante la experiencia migratoria y con ella la reducción del estrés disfuncional (distrés) de los y las inmigrantes. En su estudio sobre un colectivo de marroquíes inmigrantes en Almería (España), señalan que los principales predictores de bienestar psicológico (subjetivo) y de salud mental se relacionan con la posibilidad de obtener apoyo -sobre todo emocional- de los autóctonos, recibir apoyo suficiente de otros migrantes e intercambiar con ellos recursos e información valiosa que les ayude a afrontar las dificultades de su experiencia migratoria, no percibir rechazo, y contar con recursos informativos generales que les faciliten la vida.

Por otra parte este mismo estudio destaca también el limitado número de personas españolas que forman parte de sus redes sociales, a pesar del valor que el colectivo marroquí inmigrado otorga al mantenimiento de lazos estrechos y satisfactorios con miembros de la sociedad receptora, a la participación en actividades compartidas y a la expresión de mutuos sentimientos personales; este tipo de vínculos relacionales con los autóctonos y la participación social se constituyen, según este estudio, en predictores importantes de su bienestar subjetivo. Sin embargo, la

percepción de prejuicio étnico⁴⁰ les provoca sentimientos de segregación y exclusión social impidiendo que desarrollen su sentido de pertenencia a la sociedad receptora y afianzar su percepción subjetiva de bienestar (Hernández Plaza y otros, 2005: 311-312). El prejuicio étnico alimenta los repliegues identitarios en todos los grupos de migrantes e interfiere en su adaptación y vinculación social, generando sentimientos de exclusión que reducen su bienestar y provocan estrés psicológico:

[...] experiences of Islamophobia, racism and discrimination affect people's mental health, as "societal forces of marginalisation and 'faith-blind' health policies challenge of Muslim families and their access to culturally appropriate care"⁴¹ (Open Society Institute, 2009: 153).⁴²

Charles Taylor señala también la importancia del reconocimiento para el ser humano y cómo el no reconocimiento puede provocar autodepreciación en el individuo o grupo, siendo así su principal fuente de opresión: «No recognition or misrecognition can inflict harm, can be a form of oppression, imprisoning someone in a false, distorted, and reduced mode of being» (Taylor, 1994: 25).⁴³

Así pues, reconocimiento, inclusión y vinculación social y salud no se pueden desligar. Cabe esperar que todas aquellas medidas que desde el reconocimiento de derechos tiendan a fomentar la inclusión social de los y las migrantes contribuirán positivamente a su percepción de bienestar y salud.

Desde una perspectiva cultural de la salud mental hay que resaltar dos realidades presentes en todo el Magreb:

⁴⁰ Laura Zanfrini define el prejuicio étnico como la representación de los individuos que comparten un determinado marcador étnico. El prejuicio se basa en uno o más estereotipos, es decir en creencias socialmente compartidas y culturalmente condicionadas sobre las características de una categoría de personas. Los estereotipos que siempre conducen a una generalización y por tanto a una simplificación de la realidad. El prejuicio étnico es siempre negativo y tienen como componentes básicos la diferenciación exagerada (en términos de distancia e inferioridad, el "los otros" vs "nosotros"), la desviación y la amenaza y competencia por recursos escasos (amenaza real o percibida). La distancia se plasma subrayando el origen distinto, la apariencia diferente o peculiar, la diferencia de tradiciones o costumbres, o mediante la atribución de hábitos inferiores, agresivos, sucios o ruidosos (Zanfrini, 2007: 70-75).

⁴¹ El texto entre comillas es una cita de LAIRD, L. Y OTROS (2007): «Muslim Patients and Health Disparities in the UK and US», *Archives of Disease in Childhood*, volu.92, 924

⁴² Traducción propia: «[...] experiencias de islamofobia, racismo y discriminación afectan a la salud mental como "fuerzas sociales de marginalización y desconfianza en los retos de las políticas dirigidas a la salud de las familias musulmanas y su acceso al cuidado culturalmente apropiado».

⁴³ Traducción propia: «No reconocimiento o falta de reconocimiento puede infligir un daño, puede ser una forma de opresión, de condena falsa al otro, de distorsión o reducción del modo de ser».

- La existencia de marcos interpretativos mágico-religiosos de los procesos de la salud-enfermedad en general, y de la enfermedad mental, muy diferentes al científico técnico occidental.
- Las permanentes transacciones que se establecen entre los diversos sistemas y racionalidades médicas.

Ambas realidades pueden servir de marco explicativo de la gran heterogeneidad y complementariedad de prácticas relacionadas con los procesos relacionados con la salud-enfermedad mental en toda esta área geográfica. En Marruecos concretamente, el abordaje biomédico de la enfermedad mental a través de los especialistas en psiquiatría y psicología se combina con frecuencia y de manera complementaria con las muy diversas terapéuticas tradicionales mágico-religiosas (se abordarán en profundidad en los Capítulos 5 y 6) y con la concurrencia de sus especialistas:

Las terapias mágico-religiosas siguen muy presentes en Marruecos y ningún profesional puede eludirlo a riesgo de que sus pacientes lo hagan volver a la realidad, ya que muchos de ellos pasan constantemente de estas prácticas tradicionales a las prácticas más modernas. Las terapias tradicionales constituyen una presencia, una memoria, un patrimonio cultural (Girardeau, 2006: 3)

Louhamane recuerda la necesidad de entender este doble abordaje convencional/tradicional como punto de partida a la hora de proporcionar cuidados culturalmente competentes a los pacientes inmigrados del Magreb, y propone llegar a acuerdos con ellos y ellas para que puedan, si así lo desean, seguir el tratamiento psiquiátrico y al mismo tiempo otros tratamientos y curas tradicionales (a ser posible excluyendo la ingesta de sustancias por vía oral por las posibles interacciones con los fármacos recetados), cargadas de un alto contenido simbólico no exento de eficacia. Es decir, propone una actitud terapéutica no etnocéntrica ni excluyente de otras terapias culturalmente adaptadas y simbólicamente eficaces teniendo en cuenta que, aunque sólo sea desde un punto de vista pragmático, en Marruecos «el tema de la posesión por espíritus que conviven con los humanos es una explicación bastante común en ciertos trastornos mentales, como la depresión, la histeria, los trastornos de personalidad o la esquizofrenia» (Louhamane, 2009: 383).

En este mismo sentido Balbo y Pis-Díez al abordar el concepto popular de la enfermedad mental en Marruecos muestran cómo el discurso etiológico tradicional marroquí, «relacionado con la forma de *estar mal* y el *ataque o crisis mental*, privilegia

las figuras psicopatológicas que remiten a dos conductas o actos principales: los fenómenos de posesión y el hechizo» (2007: 177).⁴⁴ Los primeros son obra de malos espíritus externos al individuo y la brujería la realizan personas que tienen intención de hacer el mal. La manifestación más común de la posesión o del hechizo es el delirio -a la manera de *bouffées delirantes*-⁴⁵ marcadas la incoherencia y la agitación, que junto con la histeria constituyen las dos manifestaciones psicopatológicas ligadas a la cultura más frecuentes en Marruecos (Balbo, 2004; Balbo y Pis- Diez, 2007:178; Bermann i Lurbe, 2008: 82; Esteve-Fondo Documental Psiquiatría, 2010).

En estas categorías nosológicas psiquiátricas la lógica de la agresión externa y la concepción persecutoria -comunes en la psicopatología magrebí- están siempre presentes: el mal no está dentro del sujeto sino fuera de él, la experiencia delirante es vivida con familiaridad tanto por la persona afectada como por su entorno familiar y relacional y generalmente evoluciona sin secuelas. El discurso delirante apoyado en temas persecutorios de posesión y hechicería choca con las atribuciones causales propias de la racionalidad científica de la medicina occidental, que tiene en los factores internos del propio sujeto (biológicos/psicológicos) el origen principal de las aflicciones del alma y de las dolencias del cuerpo.

A'isha Qandischa⁴⁶ and the other *jnûn* are givens in the Moroccan's world; their givenness is periodically reconfirmed, however circularly, by the

⁴⁴ Como se verá en los Apartados 5 y 6, la posesión está ligada a la acción de los *jnûn*, genios, espíritus o fuerzas exteriores al individuo, a diferencia del hechizo que se debe a conductas ominosas de personas con malas intenciones, agresivas o envidiosas de los bienes de la persona hechizada.

⁴⁵ Delirios transitorios por contraposición a los delirios crónicos, también llamados en Psiquiatría *delusional states*. Son episodios explosivos de conducta agitada/agresiva, unida a confusión mental, excitación psicomotora acompañada o no de alucinaciones auditivas o visuales, con ausencia de ideas paranoicas, que podría ser equivalente al *Trastorno Breve Psicótico* del DSM-IV (Esteve-Fondo Documental Psiquiatría, 2010).

⁴⁶ A'isha Qandischa, es una *jinniya* (*jinn* femenino) muy conocida en todo Marruecos y sobre cuya figura y acciones sobre los humanos se han tejido numerosas historias populares y numerosos rituales individuales y colectivos. Diversos fenómenos de posesión se relacionan con ella, sobre todo de *love-possession*. Cargada de un simbolismo importante, A'isha condensa todos los miedos alrededor de la feminidad siempre misteriosa, poderosa e impetuosa, peligrosa para las mujeres pero más aún para los hombres, cuyas manifestaciones les pueden llevar a la locura, la impotencia, y la falta de deseo sexual por las mujeres, así como a padecer diversos trastornos físicos. Numerosas historias domésticas y cuentos populares narrados por juglares y contadores de cuentos de los zocos marroquíes giran alrededor de esta *jinniya* que según la tradición es capaz de manifestarse con forma humana de mujer, (muchas veces bella y sensual, y otras como una mujer vieja y de aspecto horrible), aunque como todo *jinn* sus piernas y pies son los de una cabra. El antropólogo norteamericano Vincent Crapanzano (1973) trabajó desde la etnopsiquiatría los fenómenos de posesión en Marruecos y realizó y publicó un importante estudio sobre *La Hamadsha*, la cofradía extendida por todo el norte de Marruecos que tiene una relación especialmente estrecha con esta *jinniya*. En esta cofradía se realizan exorcismos y rituales extáticos a través de la danza

existence of illness and other extraordinary states immediately interpreted in terms of de *jnûn* and of possession rites. These spirits are then elements in the idiom through which the Moroccan articulates his world (Crapanzano, 1980: 15)⁴⁷

Así, las atribuciones externas de la enfermedad mental permiten a los marroquíes canalizar socialmente su aflicción y que ésta pueda ser vivida no tanto desde la soledad del sujeto, de la persona afectada, incluso del loco (*machnun*)⁴⁸ y de su locura (*hmaq*), sino desde la comprensión cultural del síntoma y de la conducta, a veces perturbada -delirante, ilusoria- del sujeto, y que la participación de la familia y del entorno social sean fundamentales para su manejo. «Términos como *maskoun*, *madroub* o *makhtouf* describen respectivamente a la persona habitada por un genio [...] y al estado del paciente poseído que realiza actos compulsivos, involuntarios y que llega a incapacitarle para mantener una relación social» (Esteve-Fondo Documental Psiquiatría, 2010).

La posesión por *jnûn*, o por otros tipos de espíritus como los *zar spirits*,⁴⁹ o el *mal de ojo*, con sus diversas manifestaciones psicológicas y somáticas, se consideran *culture-bound psychological disorders*, para los que las personas afectadas y su entorno familiar y social requerirán a menudo curaciones simbólicas -curaciones culturales-⁵⁰

y la música encaminados a mantener tanto una relación positiva con A'isha, como a ayudar a los hombres que buscan ayuda y consuelo en estas cofradías cuando sus pulsiones sexuales y amorosas, y sus conductas en relación a ellas, son atribuidas a su posesión. Douglas y Schaefer (1995), amplían esta información sobre la fenomenología de la posesión por amor en Marruecos en su interesante estudio sobre Género y Romance.

⁴⁷ Traducción propia: «A'isha Qandischa y los otros *jnûn* se dan en el mundo marroquí; su existencia, su poder, está periódicamente reconfirmado de cualquier modo con la existencia de enfermedades u otras situaciones extraordinarias inmediatamente interpretados en términos de *jnûn* y ritos de posesión. Estos espíritus son, entonces, elementos en el idioma a través del cual los marroquíes articulan su mundo».

⁴⁸ *Machnun* o *maynun* significa literalmente estar poseído por un genio (*jinn*) y no hay que confundirlo con el término *maydub* que en el lenguaje sufí significa estar “loco por *Al-lâh*”)

⁴⁹ Episodio disociativo que cursa con gritos, susurros, estereotipias, golpes de la cabeza contra la pared, cantos o lloros acompañados de apatía y aislamiento, rechazo de alimentos o desarrollo de una relación duradera con el espíritu que ha poseído a la persona, este comportamiento no se considera localmente patológico (Martincano y García Campayo, 2004: 38). La persona afectada no es considerada enferma, o loca. El culto y los rituales diversos relacionados con la posesión por *zar spirits* se practican en diversos países del Norte, Noreste de África y Oriente Medio, aunque esta categoría étnica de espíritus no está legitimada por el Islam, como sí lo están los *jnûn* y otros seres espirituales como los ángeles y demonios. Una variante de *zar* llamada *tuhami*, estudiada por Crapanzano se da en Marruecos y su clínica recuerda a la de la posesión por *jnûn*.

⁵⁰ Las curaciones culturales según explicaba Cecil Helman (2007), no se apoyan en ningún tratamiento farmacológico para obtener su eficacia, sino en el lenguaje, los rituales y la manipulación de símbolos culturales poderosos, lo que permitirá el cambio terapéutico de los pacientes (por ejemplo en los exorcismos). Teniendo en cuenta que la medicina científico técnica occidental es también una

que permitan a la persona afectada resolver el conflicto que causa los síntomas sin excluirla de la sociedad y restaurando, mediante los diversos rituales (exorcismos, rituales extáticos, mágicos, etc.), no sólo reintegrar al paciente en la comunidad sino restaurar la cohesión del grupo: los desórdenes mentales, al contrario que desde la racionalidad médica científico técnica hegemónica en Occidente, pueden llegar a ser vistos a menudo como útiles a la comunidad (Helman, 2007: 272-273).

Si se trata de prevenir que un *jinn* provoque un *mal de ojo* será conveniente utilizar amuletos y talismanes como medida profiláctica, pero si la posesión se ha producido, la mejor manera de sanarla es un ritual de exorcismo (Rodríguez Mediano 2002: 152), que actúa como una cura psicológica real y simbólicamente eficaz, a través de la cual la persona enferma puede expresar tanto su estado, como sus sufrimientos y repararlos con el acompañamiento de la comunidad: «[...] ritual practices generally provide relief for the entire local group by reestablishing harmonious social relations [...] rituals create social obligations that mobilize others to provide support, relief, comfort and protection» (Winkelman, 2009: 345-346).⁵¹

La enfermedad mental es comprendida por el grupo social de pertenencia, no es un fenómeno aislado de un individuo igualmente solo, además, las quejas somáticas frecuentemente asociadas al sufrimiento espiritual se tornan una forma de comunicación: los sufrimientos del alma se somatizan y así se hacen visibles y exteriorizan, lo que facilitará también su manejo social.

Esta noción de la enfermedad mental como sufrimiento del alma (*an-nafs*)⁵² por causas externas al sujeto se complementa también con atribuciones causales comunes a las del ámbito psiquiátrico occidental (fracasos personales o familiares, duelos disfuncionales por pérdidas vitales importantes, estrés, consumo de drogas,

etnomedicina, es importante resaltar que dentro de estas curas culturales podemos incluir diversos tipos de tratamientos basados en el habla, muy comunes en Occidente, como el psicoanálisis, la psicoterapia y el *counselling*.

⁵¹ Traducción propia: «[...] Generalmente, las prácticas rituales proporcionan alivio en la totalidad del grupo local al restablecer la armonía en las relaciones sociales [...] los rituales crean obligaciones sociales que movilizan a los otros para proporcionar soporte, alivio, confort y protección».

⁵² En árabe la palabra *psicoterapia* se denomina *ilaj an-nafsi* que viene a significar *tratamiento del alma*.

alcoholismo, etc. pueden llevar a enfermar) (Estebe-Fondo Documental Psiquiatría, 2010),⁵³ así como otras atribuciones causales muy importantes de tipo religioso.

El sujeto puede ser el protagonista de su propia desgracia cuando no obra según la ley de Dios y transgrede con su conducta *desviada* lo sagrado y los principios de la vida (respeto a los padres, a las leyes de la naturaleza), cuando no es un *buen musulmán o musulmana*; pero en este caso (*no manifestó Dios ninguna enfermedad sin que dispusiera para ella su remedio*) es precisamente a través de Dios y de su Palabra como la persona podrá obtener la curación y el perdón (como se explicará en el Capítulo 5 de esta tesis al hablar de las curaciones proféticas y del culto a los santos).

La concepción de la locura como posesión, aceptada universalmente, discutida a veces, está en la base de una multitud de creencias y prácticas que implican de manera decisiva el ámbito de la religión y de la magia [...] La cuestión de la locura está, pues, esencialmente ligada a un rasgo característico de la religiosidad musulmana (especialmente en zonas como el Norte de África) como es el culto a los santos (Rodríguez Mediano, 2002: 153).

En la literatura mística sufí encontramos también abundantes referencias a dos estados o fases del alma el *qabd* (encogimiento) y el *bast* (expansión), significados espirituales que se “apoderan del corazón” con causa o sin ella:

La realidad del *qabd* es un encogimiento o constricción del corazón, que impone la calma y la quietud. La realidad del *bast* es una dilatación y ensanchamiento del corazón, que impone el movimiento y la expansión. Cada uno de estos estados tiene su propio *adâb*⁵⁴ (Ibn 'Ayyîba, 2010).

Aunque el significado religioso de estos términos dentro de la mística sufí no tiene un correlato psicopatológico en la medicina Occidental, parece que la fase *qabd* mantenida podría relacionarse con la tristeza y podría reunir los requisitos de un diagnóstico de depresión. Las expresiones de lo que para la psiquiatría se entiende como depresión, sería para los sufíes una enfermedad del corazón -del alma- debida a la falta de fe, al uso irracional del tiempo y a estilos de vida no adecuados, lo que puede

⁵³ Según esta misma fuente, en la medicina clásica árabe, médicos destacados como Avicena o Ishac Ibn Imran describieron ampliamente síntomas y diferentes estados de melancolía (miedo sin causa, tristeza, angustia, irritación, soledad, pérdida de apetito, síntomas somáticos, etc), y la enfermedad mental grave es abundantemente relatada en la literatura islámica, siendo de destacar que las personas con enfermedades mentales están exentas del cumplimiento de las reglas obligatorias de la religión y tampoco reciben herencias aquellas que no están en su “sano juicio”.

⁵⁴ En los diferentes documentos revisados el término *adâb* lo encontramos referido a significados diversos pero siempre relacionados o complementarios, como por ejemplo *conducta correcta* o *actitud adecuada o justa*.

conducir a una falta de energía vital que se manifestará en cuadros de locura y depresión.

Para los sufíes, aumentando la fe en Dios, conociendo y apreciando el valor del tiempo y cultivando el *adâb* (conducta correcta) se podrá prevenir o superar el sufrimiento espiritual y la enfermedad. Para ello proponen técnicas psicofísicas como la relajación, la musicoterapia, la danza y otros rituales; «además de las recitaciones coránicas diarias, los sufíes conocen algunos versos específicos del Corán y el nombre de varios atributos de Allah, que combinan de ciertas maneras para curar. Esta forma de curación se llama *To'wtdh*» (Yia, 2004).

Los *Surah Falaq* (113- Surah, de “El rayar del alba”) y *Surah Nas* (114- Surah, de “Los hombres”) muestran lo que podrían ser los orígenes del pensamiento torcido o desilusorio que al alejar al musulmán de Dios pueden estar en el origen de la depresión y la ansiedad (El Noble Corán (s/f): 1067, 1066; Estebe-Fondo Documental Psiquiatría, 2010).

Sin olvidar que la gran heterogeneidad interna de este colectivo árabe musulmán magrebí se manifestará también en diversas maneras de enfrentar la enfermedad y buscar la salud, y en una complementariedad constante de terapias convencionales y tradicionales, podemos encontrar ciertas constantes en sus manifestaciones de la enfermedad mental:

- que no sea habitual describir el delirio en términos de sufrimiento psíquico o que no verbalicen el sufrimiento psíquico, ni los estados depresivos;⁵⁵
- la persistencia de temas persecutorios asociados a atribuciones causales mágico-religiosas.
- poca frecuencia de ideas y sentimientos de culpa o indignidad.
- sentimientos de decepción y ofensa, más frecuentes que de tristeza, y estados de agresividad más frecuentes que de inhibición.
- preocupaciones hipocondríacas frecuentes, trastornos del sueño, problemas en la sexualidad y sentimientos de desvalorización son otras manifestaciones, junto a las

⁵⁵ No existe una palabra específica que defina la depresión en ningún dialecto del Magreb. En Marruecos el término genérico *hmaq* (locura) sirve para designar la casi totalidad de los cuadros psicopatológicos (Bermann i Lurbe, 2008; Esteve, 2010)

muy frecuentes somatizaciones como consecuencia del sufrimiento espiritual que se convierten por ellas mismas en una forma de comunicación.

«Les queixes somàtiques són sovint utilitzades com a una forma de comunicació. El trastorn mental es fa visible a través del cos; cada part corporal pot tenir una connotació simbòlica i ser utilitzada com a forma de manifestació dels afectes» (Bermann i Lurbe, 2008: 83),⁵⁶ todo lo cual hará necesaria la traducción cultural de los síntomas para que éstos no resulten incoherentes, inexplicables, o malinterpretados por los terapeutas biomédicos del sistema de salud de acogida, desconocedores muchas veces del marco cultural de referencia de sus pacientes marroquíes y no siempre formados en *habilidades -capacidades- antropológicas*.

A la hora de abordar la salud mental de los y las migrantes marroquíes es necesario pues entender el papel de la cultura y de las racionalidades curativas con las que ellos y ellas acceden -o pueden acceder- a los dispositivos de salud de la sociedad receptora y plantean sus quejas y problemas, así como entender el papel importante de las creencias religiosas:⁵⁷ es pertinente señalar que la religiosidad juega un papel importante en sus vidas, como así lo afirman la mayoría de los inmigrantes entrevistados, lo cual «se asocia en adultos con menor sufrimiento psicológico y presencia de síntomas depresivos más leves» (Martincano y García Campayo, 2004: 22).

También se ha observado que la psicoterapia basada en el Islam acelera en los pacientes musulmanes la recuperación de la ansiedad y los síntomas de depresión y que los pacientes que reciben psicoterapia religioso-sociocultural adicional responden más rápido y más favorablemente que aquellos que reciben psicoterapia normal (Esteve-Fondo Documental Psiquiatría, 2010).

No existe en Marruecos un sistema terapéutico único que tenga el monopolio de la definición y curación de la locura, ni de cualquier enfermedad, de ahí la importancia

⁵⁶ Traducción propia: «Las quejas somáticas son a menudo utilizadas como una forma de comunicación. El trastorno mental se hace visible a través del cuerpo; cada parte corporal puede tener una connotación simbólica y ser utilizada como una forma de manifestación de los afectos»

⁵⁷ La hegemonía en Occidente de la medicina científico-técnica y de la psiquiatría biomédica no ha impedido que persistan explicaciones causales mágico-religiosas de la enfermedad mental y que se mantengan y pervivan diversos rituales religiosos, o incluso exorcismos, y otros abordajes alternativos y complementarios de los biomédicos a la hora de abordar las aflicciones mentales.

y lo habitual del uso complementario y simultáneo de los remedios que los diferentes sistemas y tradiciones médicas ofrecen, así

[...] un enfermo puede acudir a un dispensario y recibir tratamiento de un médico formado en la universidad, pero también puede peregrinar a la tumba de un santo y recibir la *baraka* que éste le transmite o visitar aun *fqih* u hombre sabio que le proporcione una receta mágica o un talismán, o recurrir al barbero o a un experto en hierbas [...] una elección en definitiva que depende de la adscripción social del paciente, de su situación en el entramado social, de su inclusión en determinadas redes de relación y de su participación en un sistema de creencias (Rodríguez Mediano, 2002: 155).

Comprender los fenómenos psicopatológicos desde el conocimiento y reconocimiento del marco sociocultural que les dan significado, de la cosmovisión en la que se integran los síntomas y las dolencias, es necesario para poder abordar las *-illness narratives-* de los y las migrantes marroquíes de manera no etnocéntrica y ofertarles unos cuidados de salud competentes y *sensibles* culturalmente. Para ello se hace necesaria una formación/educación específica en temas de inmigración lo que implica el diseño y desarrollo de modelos curriculares que incluyan estos aspectos culturales en la formación de los profesionales sanitarios.

Desde una perspectiva de paz y de derechos humanos el objetivo está claro: conseguir que la nueva vida de las y los inmigrantes marroquíes se resuelva en un sentimiento positivo de confianza, de *sentirse en casa*, que Martincano y García Campayo definen con acierto como «un estado afectivo positivo de bienestar psicológico derivado del sentimiento de sentirse relajado, en familia, e incluido en una estructura social» (2004: 11) *amable* y *acogedora*. Para ello es fundamental el papel “acomodador” de las instituciones públicas y privadas, sin olvidar el no menos crucial papel del conjunto de la sociedad civil a la hora de ejercer la solidaridad facilitándoles, sobre todo en el momento de fase de llegada y asentamiento, el acceso a todo lo necesario para acomodarse y adaptarse a la nueva sociedad: grupos de apoyo diversos (ONG’s y asociaciones de autóctonos y redes sociales de inmigrantes y asociaciones de los propios países o grupos étnicos), así como personas que individualmente ejercen funciones de *maternaje*, ayudan a la reorganización positiva de sus vidas, y contribuyen a lograr una mayor percepción subjetiva de bienestar psicológico y de satisfacción personal en el nuevo contexto cultural (Sayed-Ahmad, 2006: 12; Sayed-Ahmad, 2008: 24; Martín Cano y García Campayo, 2004: 11); estas redes de apoyo y solidaridad contribuyen día a día, de manera no siempre visibilizada pero constante y efectiva, a

que muchos migrantes puedan elaborar de manera funcional sus duelos migratorios y facilitar sus procesos de adaptación psicológica y social a la nueva vida.

En los usos terapéuticos actuales de los conceptos de *red* y *soporte social* -sobre todo desde la psiquiatría comunitaria-, se acepta que las relaciones sociales contribuyen básicamente a la reducción de daños, ya sean enfermedades infectocontagiosas o padecimientos mentales, pero interesa también hacer hincapié, tal y como apunta Menéndez, en que las redes del mismo país, en ocasiones, pueden actuar también para algunas personas de una manera no tan beneficiosa. Sin negar el papel benefactor de las relaciones sociales y del soporte social de las redes, Menéndez observa que éstas no siempre actúan reduciendo riesgos y beneficiando a los sujetos más vulnerables, ya que al favorecer la reproducción del grupo pueden ser positivas para el grupo, pero no tanto para el bienestar psicosocial de individuos concretos (Menéndez, 2008: 33).

En este mismo sentido se manifiesta El Kadaoui (2008) cuando explica que el sentimiento de comunidad con la gente -grupo o redes- del mismo país puede tener efectos ambivalentes para los y las migrantes: por una parte positivos porque reduce los sentimientos de desarraigo, sobre todo en migrantes de primera generación, pero al mismo tiempo puede tener connotaciones negativas, ya que el grupo, además de actuar como guardián de la tradición (cuando no del tradicionalismo), ejerce un fuerte control social sobre individuos concretos lo que en ocasiones condiciona lo que él llama duelos “postergados” o “diferidos” que recaen sobre las segundas generaciones. El Kadaoui ilustra esta realidad con el caso de dos jóvenes mujeres de origen marroquí que se sienten angustiadas por la necesidad de reproducir los imperativos de género de su grupo social, que las induce entre otras cosas, a llegar vírgenes al matrimonio y, de manera indiscutible, a casarse con hombres marroquíes elegidos por la familia en alguno de sus viajes a Marruecos, y nunca con hombres españoles no musulmanes, o elegidos por ellas; *duelo postergado o pendiente* que coloca a estas mujeres, jóvenes entre dos mundos confrontados, en un punto que puede ser el de elaboración de ese *duelo pendiente* e inicio de un camino de singularidad y progresión generadora de cambios -individuales y sociales-, o de reproducción/regresión/perpetuo retorno de lo mismo (creencias, tradiciones, roles, etc.) (2008: 247-249).

En el siguiente apartado se revisará uno de los temas fundamentales a la hora de atender las dificultades psicosociales de las personas inmigrantes y facilitar sus procesos

de adaptación e inclusión social: el derecho a la protección de la salud que se concreta en el derecho a recibir asistencia sanitaria pública.

1.4. Marco legal de asistencia sanitaria a la población inmigrante en España

La inmigración marroquí se acoge en igualdad de condiciones que el resto de la población inmigrante al conjunto de normas jurídicas vigentes que regulan la atención sanitaria de las personas extranjeras dentro del territorio nacional español. Aunque las competencias en materia sanitaria están transferidas a las Comunidades Autónomas del Estado español, las leyes que regulan los derechos en materia de atención sanitaria de la población extranjera -migrantes, personas asiladas/refugiadas o apátridas- son de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional, no existiendo posibilidad de legislar leyes autonómicas que puedan restringir los derechos que aquellas otorgan.

El derecho a la asistencia sanitaria, que inicialmente era un derecho laboral, ha sido reconocido a nivel constitucional como un derecho de toda la población en el artículo 43 y concordantes de la Constitución de 1978 [...] En este sentido, la Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad, declaró el derecho a la protección a la salud y la atención sanitaria a todos los ciudadanos españoles y extranjeros residentes, así como a los extranjeros no residentes, en la forma determinada por las leyes y convenios internacionales (Malgesini, 2002: 27).

A partir de esta Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril la normativa que se ha venido aplicando a los extranjeros en materia de prestaciones de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud se han concretado en diversas leyes y reglamentos. Partimos de una evidencia: según se reconoce en el marco internacional de derechos humanos y también en el marco normativo europeo y español las personas migrantes, sea cual sea la forma de haber entrado en el país que les acoge y la situación administrativa en la que se encuentren, son sujetos de derechos.

No obstante es pertinente resaltar que la normativa legal vigente durante el periodo en que se realizó el trabajo de campo de esta investigación, entre 2008 y 2010, ha sufrido importantes modificaciones. En lo que respecta a la atención a la salud de las personas inmigrantes se ha concretado en un recorte en la cobertura y las prestaciones sanitarias, y una merma en el derecho a la salud al eliminar en la práctica la universalidad en la atención sanitaria pública.

De esta forma antes de la modificación de la La Ley Orgánica 16/2003 por el Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de Abril, en el art. 3 de la mencionada Ley Orgánica se contemplaba explícitamente el derecho universal a la atención de todas las personas en el territorio español, extranjeros y nacionales por igual. Así estaba redactada la ley anterior al Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de Abril:

Atendiendo pues a la legislación vigente el derecho a la salud, que se concreta en el derecho a recibir atención sanitaria pública, está reconocido y protegido por la Ley Orgánica 16/2003 de 28 de Mayo de «Cohesión y calidad del Servicio Nacional de Salud» en su Artículo 3, Apartado 1, contempla como titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria a «Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el Artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 (RCL 2000, 72, 209) del 11 de Enero sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social». Esta norma, tras su modificación por la Ley Orgánica de Extranjería 2/2009, de 11 de Diciembre, que entró en vigor el 14 de Diciembre de 2009, en su Artículo 13 determina que:

- 1. «Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles»*
- 2. «Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica»*
- 3. «Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles»*
- 4. «Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto»*

Así mismo en el Artículo 14 de la misma ley se declara que:

1. *«Los extranjeros residentes tienen derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles»*
2. *«Los extranjeros residentes tienen derecho a los servicios y a las prestaciones sociales, tanto a las generales y básicas como a las específicas, en las mismas condiciones que los españoles. En cualquier caso, los extranjeros con discapacidad, menores de dieciocho años, que tengan su domicilio habitual en España, tendrán derecho a recibir el tratamiento, servicios y cuidados especiales que exija su estado físico o psíquico»*
3. *«Los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas»*

En la actualidad, el Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de Abril que da nueva redacción al Art. 3 en la práctica elimina la universalidad de la atención sanitaria pública, condiciona la asistencia sanitaria a la condición de asegurado y todas aquellas que no ostenten esa condición, entre ellas las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, deberán pagar la asistencia o tener contratado algún seguro médico:

Artículo 3. De la condición de asegurado.

1. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.

5. Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial (Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de Abril).

Ese *convenio especial* a su vez, ha sido regulado por el Real Decreto 576/2013 de 26 de Julio cuyo Art. 3º determina que sólo puedan suscribirlo quienes acrediten residencia efectiva en España durante un período continuado de un año inmediatamente anterior a la solicitud, estén empadronados en el territorio en el que solicitan la asistencia, y no tengan acceso a cualquier otro sistema de protección sanitaria pública.

Estas modificaciones legislativas del Art. 3 cierran al máximo el círculo de la exclusión de los inmigrantes en situación irregular en España. El talante xenófobo de

estas modificaciones legislativas del Ministerio de Sanidad que preside la Sra. Ana Mato, ministra del conservador Partido Popular en Gobierno desde 2011.

Además, se añade un nuevo Art. 3 bis. que especifica que la obtención de la *tarjeta sanitaria individual* estará supeditada a las anteriores condiciones de asegurado/a:

Artículo 3 bis. Reconocimiento y control de la condición de asegurado.

1. El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social, o, en su caso, el Instituto Social de la Marina a través de sus direcciones provinciales, y se hará de forma automática en los supuestos previstos en el apartado 2 del artículo 3 de esta ley.

2. Una vez reconocida la condición de asegurado o de beneficiario del mismo, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual

3. Los órganos competentes en materia de extranjería podrán comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social, o, en su caso, el Instituto Social de la Marina sin contar con el consentimiento del interesado, los datos que resulten imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refieren los apartados 3 y 4 del artículo 3 de esta ley (Real Decreto 576/2013).

La asistencia sanitaria en situaciones especiales viene regulada en un nuevo Art. 3 ter. con la siguiente redacción:

Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles (Real Decreto 576/2013).

Según el propio Real Decreto 576/2013, como situaciones excepcionales, tendrán acceso a un sistema de protección sanitaria pública todos los menores de 18 años, los solicitantes de protección internacional (asilo y refugio) cuya estancia hubiere

sido autorizada, las víctimas de trata durante el período de restablecimiento y reflexión, y las mujeres extranjeras no residentes embarazadas para asistencia durante el embarazo, parto y post-parto. Tampoco podrá ser expulsada del país ninguna mujer embarazada si ya ha pisado suelo español o ha entrado en aguas jurisdiccionales españolas; todo lo cual ajusta la norma española al Apartado 2 del Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que se concreta en que «La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales [...]»

Es importante destacar que frente a estos recortes en el derecho a la salud de las personas inmigrantes, numerosos colectivos ciudadanos y asociaciones de trabajadores de la salud se han movilizado para denunciar el impacto negativo que la implementación de esta nueva normativa está mostrando ya en términos de morbi-mortalidad y de riesgos para la salud pública.⁵⁸ Valga como muestra la *Mesa de Debate: la salud de las personas inmigrantes en el contexto de la crisis económica. Previsión del impacto del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril*, organizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública el 4 de Junio de 2012. Este foro de debate y de denuncia se advierte sobre las situaciones de vulneración de derechos en el ámbito sanitario (barreras en el acceso sanitario efectivo de las personas inmigrantes, prácticas de control migratorio en la administración pública y centros de salud, emisión de facturas de gastos sanitarios a personas en situación no regulada). Se muestra la previsión del impacto del RDL 16/2012: Limitación del acceso sanitario de diferentes grupos de población, incluyendo tanto a personas migrantes como a personas mayores de 26 años sin cotización previa; presencia de conflictos éticos para los/las profesionales sanitarios/as y cambio del concepto de ciudadanía, introduciendo una diferenciación entre ‘ciudadanía’, ‘no ciudadanía’ y ‘semi-ciudadanía’. Así mismo en este foro también se dieron argumentos jurídicos, humanitarios, sanitarios y económicos en contra de la limitación del acceso sanitario a personas migrantes en situación no regulada establecida por el RDL 16/2012: Falta de cumplimiento de los Objetivos del Milenio; riesgos para la salud individual y colectiva; previsión de un aumento del uso

47 Foros ciudadanos y asociaciones de profesionales como ACDESA-Plataforma en defensa de la sanidad pública, ODUSALUD, AFEM, AME y Patusalud. Otros como ‘Yo sí sanidad universal,’ Médicos Mundi, Mesa en Defensa de la Sanidad Pública-Madrid. Sindicatos: CCOO, Amyts, CSIT, UGT y USAE. Así como coordinadoras y plataformas de trabajadores y usuarios de hospitales públicos.

de las Urgencias; previsión de un mayor coste a medio y largo plazo de la Atención Hospitalaria y Atención Primaria; Riesgo de actitudes de insolidaridad y discriminación (EASP, 2013).

Así pues las últimas modificaciones legislativas nos enfrentan a una realidad desconocida en la España democrática: *ya no existe el principio de universalidad en el derecho a la salud*. La legislación española en materia de inmigración se consideraba hasta ahora como una de las más avanzadas y garantistas de toda la Comunidad Europea, y la atención sanitaria de los y las migrantes fue -hasta la entrada en vigor de estas normas- uno de los derechos más consolidados.

Capítulo 2. Desarrollo del marco teórico

Este trabajo se enmarca principalmente dentro de los presupuestos teóricos del campo transdisciplinar de los Estudios para la Paz, de la Antropología Social y Cultural y de la Antropología Médica,⁵⁹ aunque se han tenido en cuenta y manejado fuentes de otras disciplinas (Medicina, Enfermería, Psicología, Sociología)

Para la redacción de este capítulo se han tenido presentes los peligros de un abordaje teórico demasiado ecléctico, pero también las ventajas que para un mejor conocimiento y comprensión del objeto/sujetos de estudio, puede aportar la triangulación teórica que supone plantear un marco teórico/conceptual multisituado en diversas disciplinas. No podía ser menos, ya que la Antropología, por su vocación teórica y metodológica, ha contemplado desde sus inicios la colaboración con otras disciplinas con el objetivo de «de dar cuenta de la diversidad humana en un contexto explicativo lo más amplio posible que atienda a todas las dimensiones y variables que intervienen en los fenómenos humanos» (Valdés y Valdés, 1996: 95).

En el Apartado 2.1 se expondrán enfoques relevantes dentro del campo transdisciplinar de la Investigación para la Paz, y en el Apartado 2.2 se presentarán otros enfoques generales socio-antropológicos que considero aplicables al campo de las migraciones, la salud y la convivencia intercultural. En el Apartado 2.3 se mostrarán las hipótesis de esta investigación.

⁵⁹ Antropología de la salud o Antropología de la medicina, son otras denominaciones con la que podemos ver referida esta rama de la Antropología Social y Cultural, que para Arthur Kleinman se ubica en “el margen de la antropología y el margen de la medicina.”

2.1. El campo transdisciplinar de los Estudios para la Paz: teorías y enfoques considerados en este estudio

En este apartado se presentan algunos postulados teóricos que son relevantes dentro del campo transdisciplinar de los Estudios de Paz y, en especial, para configurar el marco epistemológico de esta investigación. Estudiar desde una perspectiva *pazológica* -desde un enfoque de paz- las influencias de los procesos de salud-enfermedad-atención en la convivencia intercultural de la inmigración árabe musulmana marroquí en Castellón, no supone, sin embargo, obviar que existe, o puede existir, conflictividad no gestionada pacíficamente⁶⁰ que incida o se relacione con este colectivo. Es, sin embargo, una elección personal que implica establecer un giro epistemológico/hermenéutico a la hora de acercarnos al objeto y a los sujetos de estudio, indagando en todo aquello (creencias, prácticas, valores y dinámicas sociales) que podría contribuir de manera positiva a mejorar la convivencia intercultural desde el ámbito de la salud.

La Matriz Comprensiva e Integradora del campo transdisciplinar de la Paz, elaborada por Francisco Muñoz, Beatriz Molina, Joaquín Herrera y Sebastián Sánchez establece las coordenadas principales de este marco teórico.⁶¹ Así mismo, la Filosofía para la Paz, propuesta por el filósofo Vicent Martínez Guzmán⁶² y la teoría del Reconocimiento Intersubjetivo de Axel Honneth, resultan igualmente relevantes a la hora de analizar e interpretar los procesos que atañen a la salud, enfermedad y atención sanitaria de los y las migrantes árabe musulmanes marroquíes, y su relación con la convivencia intercultural.

⁶⁰ Un buen ejemplo de ello lo representa la percepción de xenofobia y/o islamofobia que la mayoría de los y las informantes de este trabajo refieren haber experimentado, en mayor o menor medida, por su origen étnico/nacional y/o religión. Las mujeres son las que más perciben y refieren estos prejuicios Islamófobos de la sociedad de acogida.

⁶¹ Investigadores de la Paz del Instituto de la Paz y los Conflictos de la Universidad de Granada (España)

⁶² Director honorífico de la Cátedra UNESCO de Filosofía para la Paz- IUDESP (Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz) de la Universitat Jaume I de Castellón (España).

2.1.1. Matriz comprensiva e integradora del campo transdisciplinar de la paz

Propuesta por Muñoz, Molina, Herrera y Sánchez (2005: 124-129), esta Matriz promueve el estudio de la compleja fenomenología que se relaciona con la paz y los conflictos a través de cinco ejes teóricos que, integrados e interconectados, permiten ampliar los horizontes epistémicos y metodológicos de la Investigación para la Paz y los Derechos Humanos, teniendo muy en cuenta la importancia de aproximarse a la paz y los conflictos desde una perspectiva abierta y multisituada que tenga en cuenta su multicausalidad y complejidad.

Más allá de la ausencia de violencia la paz se puede interpretar también como la búsqueda activa de *equilibrios dinámicos* que den respuestas a la complejidad de la vida y las relaciones humanas. La complejidad la podemos entender como «el marco vital, teórico, epistémico y ontológico de los conflictos y la paz» (Muñoz y Bolaños, 2011: 16). Es por ello que Muñoz y Molina consideran también que es necesario disponer de modelos antropológicos y ontológicos que faciliten una explicación de los seres humanos, de la paz y de la violencia considerando que,

[...] las condiciones de nuestra existencia, nuestras capacidades, potencialidades, proyectos y necesidades, las sociedades, las culturas, las religiones, las migraciones, la paz, la violencia, todas las actividades humanas están insertas en la complejidad [...] conflictiva y dinámica en la que es posible alcanzar determinados niveles «imperfectos» de equilibrio, o si queremos de armonía (Muñoz y Molina, 2009: 17-20).

Se hace necesario pues establecer un giro ontológico/epistémico que, desde el paradigma de la complejidad, nos permita entender *la paz como imperfecta*, como una permanente búsqueda de equilibrios dinámicos entre todos los factores que compenen la vida humana, las relaciones entre los seres humanos, y entre los seres humanos y la naturaleza. Desde este posicionamiento teórico es desde el que se va a estudiar la fenomenología que acompaña a los procesos de salud-enfermedad-atención de los y las inmigrantes marroquíes en Castellón, tratando de establecer sus aportaciones a la convivencia intercultural y profundizando en el conocimiento de las conexiones y sinergias que existen entre los conflictos, la paz y los derechos humanos que con ellos se relacionan.

Esta matriz se define como *comprendensiva* precisamente porque intenta entender y explicar la conflictividad de las relaciones humanas y de los fenómenos que la acompañan desde el paradigma de la complejidad en el que se incluyen lógicas y prácticas múltiples, intereses diversos y/o antagónicos, formas diversas de entender el mundo y las dinámicas relacionales y de poder que lo ordenan (políticas, económicas, socioculturales, etc). Y se define también como una matriz *integradora* porque pretende aportar las necesarias relaciones entre teoría y prácticas de paz, abordando los múltiples y heterogéneos fenómenos desde una perspectiva socio-crítica, transcultural, plurimetodológica y transdisciplinar.

Además, estudiar la paz desde la Matriz Comprensiva e Integradora, más allá de la mera comprensión y/o explicación de los fenómenos, nos lleva a aunar el compromiso científico con el compromiso ético que supone investigar y proponer metodologías para la regulación y transformación pacífica de los conflictos. Investigar desde esta matriz puede facilitar el establecimiento de un *círculo investigación-conocimiento-praxis*, es decir, la necesaria vinculación entre *teorías de paz y prácticas de paz*.

Por tanto entendemos que la práctica y la teoría, o viceversa, están relacionadas con el mundo real, con el sujeto real, el que tiene preocupación por desarrollar sus capacidades [...] En el fondo estamos manteniendo un debate paralelo sobre el sujeto de los cambios sociales, sobre el *poder*. Y como se sabe, una de nuestras hipótesis fuertes es que todas las entidades humanas (personas, grupos, comunidades o especie) tienen poder y lo ejercen; un poder que reside en el desarrollo de sus capacidades (Comins y Muñoz, 2013: 50).

Desde las premisas anteriores, los cinco ejes unitarios que se proponen para articular la Investigación para la Paz y los Derechos Humanos son los siguientes:

Una *teoría general de los conflictos* que facilite comprender la paz desde el reconocimiento del conflicto como parte intrínseca de la condición humana y motor de la vida en sociedad. Vida humana, interacción social y conflictos no se pueden desligar. Se propone, pues, incluir una noción de conflicto amplia y dialéctica que no sólo indague en las interacciones causales de la conflictividad que acompaña a una amplia gama de fenómenos de índole personal y social, sino que contemple también la regulación y transformación pacífica de esa conflictividad, utilizando diversas estrategias no violentas como la cooperación o el apoyo mutuo, la solidaridad, la diplomacia, el diálogo, entre otras. Dicho de otro modo, puesto que la humanidad ha convivido desde sus orígenes con los conflictos, la clave no es pretender erradicarlos

sino regularlos y transformarlos. Es necesaria una teoría de los conflictos basada en la complejidad que entienda el conflicto como inevitable y al mismo tiempo como elemento imprescindible en el proceso de construcción de paz imperfecta (Muñoz y otros, 2005: 128; Bolaños y Acosta, 2009: 55-72, Molina Rueda, 2006) Es decir, los conflictos entendidos no únicamente como problema, desgracia o violencia, sino como una *oportunidad para la paz*, para la convivencia, para el bienestar de las personas y los grupos.

Otro de los ejes integrados de esta matriz es el que nos lleva a abordar los objetos de estudio desde la noción de *Paz Imperfecta*.

En un sentido amplio podemos definir la paz como sinónimo de bienestar personal y social. Esta idea de la *paz imperfecta y compleja*, como equilibrio dinámico, y como bienestar, es la que nos permite el reconocimiento práxico (teórico y práctico) de aquellas instancias donde se desarrollan las potencialidades humanas, se satisfacen al máximo las necesidades y se regulan pacíficamente los conflictos (Muñoz y Bolaños, 2011: 13; Muñoz, 2004: 30).

Partiendo de esta conceptualización, pensar desde una idea de paz y derechos humanos imperfectos, implica realizar un *giro ontológico-epistemológico-hermenéutico* que nos lleve a (re)conocer y estudiar la paz desde la paz, -negativa-positiva/estructural-cultural/simbólica-,⁶³ desde su extensa y heterogénea fenomenología.

Es necesario pues utilizar una conceptualización de la «paz» que nos permita superar dificultades y nos despeje el camino hacia un mundo más pacífico

⁶³ Categorías de análisis incluidas en el Esquema Empírico-Conceptual de Paz de Johan Galtung, que, frente a los diversos tipos de violencia directa-estructural-cultural/simbólica, propone como alternativas diversos tipos de paz: “paz negativa” como ausencia de violencia directa; frente a la violencia estructural, la “paz positiva,” como sinónima de justicia social y desarrollo(s) humano(s) justos y pacíficos; y, ante la violencia cultural/ simbólica, Galtung propone la categoría “cultura(s) de paz,” entendida como la recuperación/reconstrucción/reconocimiento de valores, usos y costumbres de paz. Para más información véase, GALTUNG, JOHAN (1996): *Peace by peaceful means. Peace and conflict, development and civilization*, Oslo, PRIO. Frente al innegable valor explicativo de este esquema conceptual de la paz propuesto por Galtung, han surgido algunas voces que lo consideran excesivamente estático y/o reduccionista: violencia y paz no son categorías dicotómicas o excluyentes, sino que coexisten en todos los ámbitos ligadas a los conflictos, y no hay formas puras de violencia o de paz, sino formas imperfectas y procesuales de todas ellas. De ahí la importancia de los ejes integrados de comprensión y estudio de la paz propuestos desde la Matriz Comprensiva e Integradora de la Investigación para la Paz: porque permiten estudiar la paz –imperfecta- y la violencia –imperfecta- como dos realidades conectadas que forman parte de la complejidad de vida humana en todas sus esferas y de su conflictividad. La regulación pacífica de esa conflictividad a través de las mediaciones y el empoderamiento pacifista -conciencia-agencia pacifistas- disminuirán los escenarios de violencia directa-estructural-simbólica y potenciarán las prácticas de paz imperfecta negativa-estructural-simbólica.

apoyándonos en todas y cada una de las actitudes y conductas pacíficas que se producen en la experiencia común de nuestra especie. Por ello proponemos que a estas situaciones de regulación pacífica de conflictos las podríamos incluir dentro de un concepto denominado «paz imperfecta» que incluiría también las interrelaciones entre cada una de estas situaciones y sus determinaciones causales (Muñoz y Rodríguez, 1997: 69).

¿Qué aporta al estudio de la paz la perspectiva de la Paz Imperfecta? En primer lugar nos permite una conceptualización de la paz más cercana a la experiencia humana. La noción de paz está ligada a la acumulación de creencias, saberes, capacidades, *habitus*⁶⁴ y prácticas de todo tipo que fomentan la armonía y el bienestar personal y social, la convivencia. Así, «En cada comunidad humana la Paz se ha manifestado y fijado a través de una serie de normas y valores propios, produciendo convenciones culturales, ritos e instituciones que varían de acuerdo con sus propias vivencias, tradiciones e historias» (Muñoz, 2004: 24).

La paz se relaciona intrínsecamente con el bienestar de las personas y de las sociedades y ha estado presente en todas las culturas y en todos los tiempos de la historia de la humanidad.⁶⁵ Las experiencias de paz que han convivido siempre con el conflicto, con la violencia y con el poder. Por eso utilizamos la categoría de «paz imperfecta»: como sinónimo de paz inacabada, de paz como proceso que se construye cotidianamente y que convive con el conflicto y con la violencia. «Atribuir a la paz el calificativo de *imperfecta* constituye un principio de realidad, ya que el planteamiento de una paz *perfecta* entra en contradicción con las teorías de los conflictos, que entiende que éstos son inherentes a la condición humana» (Aranguren y Muñoz, 2004). Pensar la paz como imperfecta es lo que nos muestra precisamente que no es una desiderata utópica: los valores y las prácticas de paz y de reconciliación están presentes en todas las culturas -también en la árabe islámica que es objeto de estudio en esta tesis- y, aunque expresados de múltiples maneras y con matices diferentes culturalmente definidos, todos los seres humanos somos capaces de pensar, sentir, hablar y actuar en claves y registros diversos de paz.

⁶⁴ Para un estudio en profundidad del concepto de *habitus* desde la perspectiva de la paz imperfecta véase, MUÑOZ, FRANCISCO A. Y CÁNDIDA MARTÍNEZ (2011): «Los *habitus* de la paz imperfecta», en MUÑOZ, FRANCISCO, A. Y JORGE BOLAÑOS (2011): *Los *habitus* de la paz. Teorías y prácticas de la paz imperfecta*, Granada Eirene.

⁶⁵ Para saber más de este tema véase MUÑOZ, FRANCISCO A. Y MARIO LÓPEZ (2000): *Historia de la paz. Tiempos, espacios y actores*, Granada, Eirene.

La noción de *Paz Imperfecta* se convierte en un enfoque teórico válido para el análisis de la realidad, relevante para los Estudios para la Paz y para este trabajo, porque hace hincapié precisamente en todas esas capacidades, valores, experiencias y prácticas humanas que nos permiten minimizar la violencia y empoderar la paz, aunque no sea absoluta y perfecta, sino valiosamente conflictiva e imperfecta: vivir y convivir mejor.

Proponer una definición amplia y dialéctica del conflicto y abordar los objetos/sujetos de estudio desde la noción de paz imperfecta, nos lleva a otro de los ejes de la Matriz: *discernir las mediaciones* -actores, espacios, tiempos, intereses-, sus dialécticas y las interacciones estructurales complejas que las conectan con los conflictos, la violencia, la paz y los derechos humanos. O lo que es lo mismo, es necesario discernir las dialécticas y estudiar los espacios donde los intereses y necesidades de los diversos actores se confrontan y/o se articulan, «donde los conflictos se dinamizan hacia una vía de salida u otra, y las interacciones que se producen entre conflictos, escalas, dinámicas y vías de regulación» (Muñoz y otros, 2005: 128).

Para pensar las conexiones entre la salud y la convivencia intercultural desde una perspectiva de paz imperfecta se hace necesario dirigir nuestra mirada a las *intersecciones culturales* no como espacios para la confrontación, sino como espacios relacionales de interacción cultural donde los sujetos hablan, actúan y se transforman (García Canclini 2006: 166); lugares para el encuentro, la negociación y el acuerdo entre personas e intereses, es decir *como espacios de y para la mediación*. Porque, más allá de antagonismos y diferencias supuestamente irreconciliables en un contexto y tiempo determinado, en el espacio simbólico-reflexivo-relacional de las mediaciones es donde los diferentes actores, intereses, creencias, prácticas y representaciones de salud pueden dialogar y reconocerse; y donde pueden materializarse -hacerse reales- tanto la negociación cultural en salud, como la convivencia de *saberes* y prácticas de salud en las sociedades multi-interculturales. Las mediaciones en salud entendidas como «entramados de intereses, tiempos y espacios, actores y subjetividades que, de diferentes maneras y con diferentes propósitos, contactan e interaccionan»; lugares y tiempos donde la complejidad de las interrelaciones humanas se manifiesta con espectros múltiples de conflictividad y donde ésta se regula (Escrig, 2008: 146; Escrig, 2009: 256).

Discernir y potenciar los espacios de mediación nos lleva a otro de los ejes que articulan esta matriz: *deconstruir la violencia*, minimizarla, que ocupe cada vez menos

espacio en la vida personal y social, construir realidades personales y colectivas más pacíficas. Y para deconstruir/minimizar la violencia hay que tratar de comprender sus raíces y dinámicas igualmente complejas e imperfectas, en tanto en cuanto violencia y paz conviven desde siempre en la experiencia humana.

La violencia y la paz forman parte de la evolución biológica y cultural de los homínidos, es decir, ambas están presentes en la vida de los seres humanos desde sus orígenes como especie, por lo que, a la hora de estudiar la paz, es importante comprender también los orígenes de la violencia, sus dinámicas y sus manifestaciones. Martín Morillas explica que para interpretar -y deconstruir- la violencia es necesario recurrir a una visión unificada y dialéctica, axiológica, socio-moral y socio-pragmática de ella, que nos permita comprenderla y pasar de entender la violencia como “valor,” relacionado con «[...] conductas deletéreas y conflictivas (agónicas) –conductas que causan daño, dolor, sufrimiento, imposición, restricción forzamiento, etc.- y que provocan plexos de emociones como el miedo, la ira, la indignación, la culpa, la vengatividad, la frustración, la rivalidad, etc., que motivan conductas agónicas [...]», a la violencia como “desvalor,” como conciencia y conductas *agónicas* que deben y quieren ser transformadas (Martín Morillas, 2003: 50).⁶⁶

Desde la Matriz Comprensiva e Integradora del Campo Transdisciplinar de la Paz se propone dar una explicación unitaria de la violencia que incluya sus aspectos filogenéticos, estructurales y simbólicos: conocerla mejor para desconstruirla-minimizarla y que ocupe el menor espacio posible en todos los ámbitos y niveles de la vida humana. Así pues, se propone conocer los orígenes de la violencia para tornar la conciencia agónica de los seres humanos en conciencia y agencia pacíficas; para transformar las racionalidades violentas en racionalidades pacíficas: la violencia como como desvalor. Para integrar la paz y los derechos humanos como valores supremos para la convivencia y como horizontes normativos que guíen y regulen las prácticas personales y colectivas. En definitiva para empoderar la paz, otro de los cinco ejes integrados desde los que se propone investigar la paz.

⁶⁶ Para una revisión en profundidad de la violencia, orígenes, modelos, análisis semiológico e interpretación, véase MARTÍN MORILLAS, JOSÉ MANUEL, (2003): *Los sentidos de la violencia*, Granada, Eirene.

Podemos entender el *empoderamiento pacifista* como «un reconocimiento de las realidades prácticas y acciones pacifistas y sus capacidades para actuar y transformar su entorno más o menos cercano; y para impulsar y promover la creación de redes entre todos los actores que de una u otra forma tienen intereses en promocionar la paz» (Muñoz, 2005:138). El empoderamiento sería pues un fin y también un proceso que se extendería desde el nivel personal hasta el cambio social, con un objetivo: que la gente participe más y mejor en el control de sus destinos (López, 2004: 379).

El poder es una construcción histórica, social y cultural de los seres humanos que se manifiesta de muy diversos modos y a muy diferentes escalas del mundo personal y social. Es un concepto multidimensional, difícil de cuantificar y de medir «tanto en la suma total del poder que hay en el mundo como en su distribución entre los individuos, los grupos y las organizaciones» (Boulding, 1993: 23). Las diversas ideologías del poder pueden definir también la percepción de la realidad social de las personas. Y quizá no sería tan importante si no fuera por su capacidad de incidir, modelar y de transformar la realidad, por eso desde esta matriz se incide de manera especial en el empoderamiento pacifista. El estudio científico de sus orígenes, evolución y tipologías por parte de algunas disciplinas, como la Filosofía, la Antropología política, las Ciencias Políticas, la Sociología, o los Estudios de la Paz⁶⁷ nos ha permitido conocer un poco más en profundidad la naturaleza humana.

Con frecuencia solemos asociar el poder a conceptos como autoridad, dominación, jerarquía o clase social; tendemos también a relacionarlo a la imposición de la voluntad o de los intereses de unos seres humanos sobre otros y, sobre todo, en su sentido más *capilar*,⁶⁸ lo asociamos al control del pensamiento y de las conductas

⁶⁷ La Investigación para la Paz (*Peace Research*), en esencia inter y transdisciplinar, surge en las posguerras mundiales como consecuencia del fuerte impacto emocional derivado de estos conflictos y de la amenaza nuclear, y ha incorporado la teoría de la paz en ámbitos y foros científicos, generando al mismo tiempo una creciente literatura científica. Para una visión amplia de los orígenes, evolución, problemas y expectativas de estos estudios véase: CANO, MARÍA JOSÉ y otros (2004): «Diálogos e investigaciones Trans Culturales y Disciplinarios», *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, Enero-Abril, núm 34, México, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, UAEM (pp. 55-80) <http://convergencia.uaemex.mx>

Véase también, MARTÍNEZ, GUZMÁN, VICENT (2005): *Podemos hacer las paces. Reflexiones éticas tras el 11-S y el 11-M*, Bilbao, Desclée de Brouwer (Capítulo 2, Investigación y Estudios para la Paz).

⁶⁸ Foucault se refiere a dos tipos de poder: el «disciplinario», diferente del jurídico-legal, basado en la regla natural, en las normas sociales que sancionan y/o prescriben nuestras conductas, que las controlan, desde unos criterios de «normalidad» o de «desviación»; y al «biopoder», enraizado en nuestros cuerpos y en nuestros cerebros, que se manifiesta en las micropolíticas de la cotidianidad reglamentando desde

individuales y colectivas. El análisis del poder desde diferentes perspectivas, autores y disciplinas puede ser de utilidad para entender que la visión negativa del poder como dominación, control o apropiación violenta de las mentes o los cuerpos de los otros, se corresponde con una manera muy concreta y ciertamente muy extendida de entender y ejercer el poder. La más temible. Pero no la única. Existen otras formas alternativas de entenderlo, de aprehenderlo y, por supuesto, de ejercerlo. Esta nueva perspectiva del poder que, denominaremos «poder pacífico o pacifista» supone hacer un giro epistemológico del concepto de poder tradicional, en tanto en cuanto sus postulados teóricos, sus objetivos y sus métodos están dirigidos a transformar las estructuras sociales con criterios de libertad, de justicia y de paz.

Desde la Matriz se comparte la idea de “poder integrador”⁶⁹ de Kenneth Boulding. Debemos preguntarnos pues si existe un modelo de poder pacífico alternativo a las formas violentas de ejercer el poder, si perseguimos una utopía o si estamos ante una realidad empírica que podemos reconocer, investigar y experimentar en nuestras vidas y en la sociedad. Boulding entiende que,

Para los seres humanos tomados individualmente, el poder es la capacidad de conseguir lo que uno quiere. Sin embargo, la palabra poder también se utiliza para describir la capacidad de lograr objetivos comunes por parte de familias, grupos, organizaciones de todo tipo, iglesias, empresas, partidos políticos, Estados nacionales y así sucesivamente (Boulding, 1993: 17).

El poder integrativo, no violento, implica unos presupuestos teóricos y unos métodos de acción «inversos» a los del poder destructivo, y su estudio histórico y transcultural tiene una intención muy clara: «permite reconocer recursos eficaces y disponibles a lo largo de la historia para una transformación no violenta de la realidad»

dentro la vida social. Todos somos sujetos y objetos del poder. Lo ejercemos y lo albergamos. Este poder se relaciona con la endoculturación de las personas, que a modo de lentes hace que veamos la realidad según los criterios de la sociedad en la que vivimos. Nuestros puntos de vista estarían condicionados por premisas previas no establecidas autónomamente por nosotros mismos. El poder disciplinario y el biopoder son modalidades de poder capilar, porque penetran, estructuran, dirigen y ponen los límites a nuestros pensamientos, a nuestros deseos y a nuestras acciones. Para profundizar en estos conceptos véase: FOUCAULT, MICHEL (1992): *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta; FOUCAULT, MICHEL (2000): *Un diálogo sobre el poder*, Madrid, Alianza Editorial.

⁶⁹ Según el punto de vista de las consecuencias del poder, Boulding (1993: 28-37) establece tres categorías: el «poder integrador», que está basado en el respeto, la cooperación, el amor, que facilita la regulación pacífica de los conflictos; el «poder productivo», (económico) basado el intercambio y la distribución, que podrá incluir elementos pacíficos o violentos según se entienda y maneje, y que puede ser también profundamente pacífico; y el «poder destructivo», amenazador, que incluiría la guerra, y todos los métodos de resolución violenta de los conflictos entre las personas. Los tres tipos de poder los podemos encontrar enredados e interaccionando en las esferas privadas y públicas de la sociedad.

(Muñoz y otros, 2005: 133). Desde la Matriz Comprensiva e Integradora del Campo Transdisciplinar de la Paz se hace especial hincapié en el *poder integrador* como uno de los ejes sobre los que establecer las mediaciones que permitan regular pacíficamente la conflictividad y deconstruir/minimizar la violencia, y que «las gentes, los pueblos, los seres humanos nos demos unos y unas a otros y otras las oportunidades de ejercer nuestros poderes, capacidades y competencias para vivir en paz» (Comins y otros, 2011: 103).

Estamos ejerciendo un poder pacífico cuando somos capaces de dirigir nuestros sentimientos, pensamientos, nuestros esfuerzos –nuestra fuerza- y nuestras acciones, a facilitar que las relaciones armónicas entre las personas se empoderen, -se apoderen-, del mayor número posible de espacios íntimos, privados y públicos. Este empoderamiento pacífico, instalado en el mayor número posible de espacios (micro/individuales, meso/sociales y macro/geopolíticos/globales) facilitan progresiva y crecientemente «un cambio de conciencia, un cambio en la forma de ordenar los *habitus* de relación con el mundo» (Muñoz y otros, 2005: 86).⁷⁰

Desde la Matriz Comprensiva e Integradora del Campo Transdisciplinar de la Paz y los Derechos Humanos se nos propone pensar en términos de *cultura del conflicto* y *de la convivencia*. Investigar la paz y los derechos humanos desde esta perspectiva lleva implícito discernir las mediaciones e interacciones entre conflictos, paz y violencia, entendiendo y estudiando el poder integrador como potencial de cambio personal y social positivo para la vida, y planteando metodologías para fomentar las mediaciones y deconstruir/minimizar la violencia en todos los ámbitos.

⁷⁰ Para Muñoz es en la conciencia individual y/o colectiva donde interaccionan todos los móviles de nuestras acciones. Realmente muchas transformaciones sociales pacíficas (también violentas, eso ya lo sabemos...) han empezado por la "unión" de conciencias que creían que tenían poder, que "podían" transformar la realidad social o algunos aspectos de ella, sin utilizar la violencia para ello. No cabe esperar la paz total y global sino un creciente número de espacios privados y públicos dónde las relaciones de poder entre los humanos contengan más "ingredientes" del poder pacífico que del poder violento. Las teorías explican fenómenos de la naturaleza y se construyen de forma que puedan ser probadas. El poder pacífico/integrador también es un fenómeno ligado a la experiencia humana, y a la vida social, y se hace necesario identificarlo, definir los conceptos fundamentales que lo caracterizan y ponerlos en relación unos con otros. Entenderlo bien en sus dimensiones filosóficas y prácticas, explicarlo, investigarlo y reconocer caminos más científicos, y no solamente intuitivos, para conectarlo mejor con la vida de las personas y que las personas se percaten de sus ventajas a la hora de transformar sus vidas y el mundo.

Investigar desde la Matriz supone el compromiso científico de reconocer y visibilizar las capacidades humanas para la convivencia: la empatía, la cooperación y la ayuda mutua, el reconocimiento de *el otro/a* diferente, de la diversidad cultural, el diálogo, entre otras, y conceptualizar la paz como un proceso en el que el (re)conocimiento de las realidades pacíficas del pasado y del presente nos sirven de plataforma para la construcción de un futuro siempre conflictivo y pacíficamente imperfecto.

2.1.2. Filosofía para la paz: una propuesta para hacer las paces

La *Filosofía para la paz*, otro de los enfoques teóricos relevantes que enmarcan este trabajo, pretende la reconstrucción normativa de nuestras capacidades y competencias para vivir en paz. Esta propuesta filosófica de Martínez Guzmán está basada «en la filosofía discursiva, también llamada ética comunicativa, [...] una corriente desarrollada por los filósofos que se agrupan en torno a la llamada segunda generación de la Escuela de Francfort (Apel y Habermas) completada ahora por una tercera (Honneth)» (Martínez Guzmán, 2001: 205); además, en la Filosofía para la Paz se incluyen, transformados y actualizados, presupuestos de la filosofía kantiana para la paz, nociones de la racionalidad emancipadora heredada del marxismo convertida ahora en *racionalidad comunicativa*, así como elementos de la filosofía analítica del lenguaje y la fenomenología.

Con esta perspectiva filosófica multisituada, Martínez Guzmán propone una *fenomenología comunicativa* entroncada en la noción de experiencia y en una racionalidad práctica que reconoce la complejidad y fragilidad de la vida humana, y es consciente de que la gestión de estos elementos constitutivos de la vida de las personas puede hacerse de muchas maneras, más o menos pacíficas o violentas:

De esta manera pasamos de un paradigma de la conciencia [...] al paradigma de la comunicación. Hacemos las paces imperfectas en interacciones de comunicación, de ahí que nos podamos pedir cuentas por lo que nos hacemos. [...] en realidad no abandonamos la conciencia sino que recuperamos su sentido etimológico, de *con-scientia*, es decir, de las ciencias o saberes que hacemos unos y unas con otros y otras [...] de manera intersubjetiva (Comins y otros, 2011: 101).

También se nos recuerda que la solidaridad -la ligazón solidaria- es una característica básica de las interacciones humanas, sobre las que se construyen identidades personales y sociales. La solidaridad como indicador de que nos

necesitamos para amarnos y educarnos en esa *gramática de los sentimientos* que potencia y refuerza los lazos solidarios, empáticos y pacíficos con otras personas, con otras culturas, con otros mundos de vida diferentes (Martínez Guzmán, 2005: 141-142). Y la violencia y el odio entendidos como quebrantamiento y destrucción de esa solidaridad básica que nos une, reconoce e iguala como seres humanos. La violencia, desde la Filosofía para la Paz, se entiende pues como la ruptura de las competencias comunicativas de los seres humanos, como el abandono de la intersubjetividad y de la libertad comunicativa que nos permiten cuestionarnos lo que pensamos, decimos y hacemos, sabiendo que todo ello podemos dirigirlo, -o no- a la creación de lazos solidarios, cooperativos, amorosos, que hagan posible más y mejor bienestar personal y/o colectivo.

Amor, cuidado, ternura, bondad, compasión, solidaridad, cooperación, reconocimiento intersubjetivo, justicia social, todos aquellos valores, creencias, hábitos, y prácticas que promueven el bienestar de las personas y la convivencia, son los ingredientes de la paz. La paz se encuentra allí donde los conflictos inherentes a la especie humana, se manejan sin violencia, con diálogo y negociación. La paz es una experiencia humana individual que trasciende a lo colectivo, y es un acuerdo un consenso colectivo que afecta y modela también la experiencia individual, la mentalidad del sujeto.

La paz -las *paces*- se manifiestan a diferentes escalas, en diferentes ámbitos y de diversas maneras, porque *no hay una manera única de pensar, sentir, hablar y poner en práctica la paz*. Desde nuestra libertad comunicativa, y asumiendo una actitud performativa, los seres humanos somos capaces de ejercer nuestra responsabilidad y pedirnos explicaciones sobre lo que nos decimos/hacemos unos a otros, posicionándonos en la no-neutralidad respecto a los hechos y los valores, haciendo del reconocimiento intersubjetivo el eje que vehicula la comprensión de la diversidad. La paz será así, el fruto de esa libertad comunicativa que nos lleva a gestionar la complejidad de la vida humana y de las (inter)subjetividades que entran en juego en los actos comunicativos desde la responsabilidad que supone elegir todo aquello - pensamientos, sentimientos, valores, prácticas-, que puede reforzar y ampliar los lazos solidarios dirigidos al bienestar de personas y comunidades.

El giro epistemológico-hermenéutico -el cambio de paradigma- que nos propone la Filosofía para la Paz (Martínez Guzmán, 2001: 219), radica precisamente en

acercarnos a la experiencia cotidiana de las personas y los grupos desde la fenomenología comunicativa, lo que supone el “tránsito” desde una actitud objetiva, pretendidamente neutral respecto a valores, basada en hechos, no sujeta a responsabilidad por lo que los seres humanos nos decimos y hacemos, a esa otra actitud performativa, centrada en las interacciones simbólicas y relacionales entre sujetos, en la intersección fructífera de subjetividades y racionalidades diversas, capaz de discernir e identificar valores y prácticas que fomentan la convivencia y la paz, de los que no lo hacen, comprometida con la reconstrucción y fomento de competencias -potencialidades- humanas para vivir en paz, para “hacer las paces” que, aunque imperfectas, inacabadas y no *perpetuas*, forman parte esencial de la experiencia humana.

Como Marínez Guzmán nos recuerda, los seres humanos somos capaces de tener criterios para analizar situaciones de violencia, guerra, marginación y exclusión, porque sabemos qué es la paz, la intuimos, la sentimos, y somos capaces de pensar, hablar y actuar en términos de paz, por lo que,

No es un mero prurito académico ‘cambiar de paradigma’ del estudio de la paz desde lo que no es paz al del estudio de la paz desde los indicadores de paz que tenemos en la historia y en nuestras propias relaciones. Es más bien la expresión de un compromiso por la transformación pacífica del sufrimiento humano que generan las diversas formas de violencia, guerra, marginación y exclusión (Martínez Guzmán, 2005: 144).

Reconocer, recuperar, reconstruir y potenciar nuestras competencias humanas para vivir y convivir en paz son objetivos de la Filosofía para la Paz, y desde ella se denuncia también cómo la ciencia moderna con su pretensión de universalidad y fundamentada en criterios racionales de *objetividad* y *neutralidad* está creando exclusiones. Frente a la objetividad de las ciencias modernas, la Filosofía para la Paz nos propone, una vez más, la intersubjetividad, fundamental a la hora de investigar sobre la naturaleza humana y protegernos de dogmatismos y esencialismos reduccionistas. Frente a la pretendida neutralidad respecto de los valores de muchas disciplinas científicas, la Filosofía para la Paz se declara, así mismo, *no neutral*, sino valorativa.

Somos competentes para crear la paz en el mundo. Lo que hace falta es buscar las diversas formas de traducir prácticamente esas intuiciones, deseos y conocimientos, esas competencias para la paz. En este mismo sentido entendemos que,

[...] una investigación para la paz emancipadora adoptará una *ontología realista* en la que considerará a los sujetos [...] en el marco de procesos históricos abiertos, en los que no se puede «predecir objetivamente», pero sí se pueden analizar los cambios sociales que puedan producir, tratando de emanciparse de la violencia innecesaria e indeseable, sin retrotraer la violencia a la política, y considerando a los sujetos siempre situados en contexto a pesar de que puedan hacer afirmaciones con pretensiones de universalidad (Martínez Guzmán, 2010: 392).

Los presupuestos teóricos de la Filosofía para la Paz se convierten así en un instrumento teórico-práctico valioso, orientado a este fin y un referente importante para este trabajo, en el que el conocimiento y reconocimiento de otras racionalidades y formas de entender los procesos de salud-enfermedad-atención se convierte en el eje de esa solidaridad básica en la que se fundamenta la convivencia intercultural.

2.1.3. Teoría del reconocimiento intersubjetivo de Axel Honneth

Cuanto más se abren los objetivos éticos a diferentes valores y cuanto más cede su ordenamiento jerárquico a una concurrencia horizontal, tanto más potentemente adoptará la valoración social un rasgo individualizante y tanto más podrá crear relaciones simétricas (Honneth, 1997a: 150).

La teoría del reconocimiento intersubjetivo que plantea Axel Honneth resulta también especialmente relevante para esta investigación.⁷¹ En este trabajo estamos queriendo dar argumentos y mostrar evidencias que nos ayuden a comprender mejor que la convivencia intercultural en Castellón se verá reforzada en tanto en cuanto inmigrantes y no inmigrantes nos conozcamos y nos reconozcamos más y mejor. Basada en el conocimiento mutuo, las interacciones comunicativas positivas y en unas relaciones interpersonales más horizontales, la convivencia intercultural pacífica nos permite reconoceremos en la diversidad, pero también en todo aquello que nos une a migrantes y no migrantes más allá de las diferencias. El reconocimiento intersubjetivo es el antídoto que minimiza o desactiva estereotipos negativos y evita que los estigmas asociados a la desigualdad de clase y a la pobreza, a los orígenes étnicos, culturales o de

⁷¹ Filósofo y sociólogo alemán, Axel Honneth pertenece a la llamada Escuela de Frankfurt y es seguidor de la Teoría Crítica. Aunque Honneth no pueda ser considerado investigador para la paz, considero que su Teoría del reconocimiento intersubjetivo supone una contribución muy importante -esencial- para los estudios inter-transdisciplinarios para la paz, y para este estudio. Este es el motivo de incluir esta teoría en el marco conceptual de esta tesis en el apartado de *teorías y enfoques de paz*. Su poder heurístico de las dinámicas generadoras de paz a través del reconocimiento del otro/a en todos los niveles así lo recomienda.

religión creen barreras para el bienestar personal y social de los y las inmigrantes y para la convivencia intercultural pacífica.

En su aproximación filosófica al reconocimiento intersubjetivo, Honneth nos explica que todos los tipos de violencia -directa, estructural y cultural/simbólica- suponen la ofensa moral, el menosprecio y la falta de respeto a la dignidad humana. Si efectivamente el núcleo de las ofensas es la negación del reconocimiento, en la dirección opuesta podemos suponer que a los distintos tipos de ofensas morales les corresponden, en sentido positivo, otras tantas formas de reconocimiento (Honneth, 1997b: 246), que se concretan en tres alternativas a esas ofensas que un ser humano puede sufrir, teniendo en cuenta que «las formas de menosprecio deben ser distinguidas mediante el criterio de qué estadios de la autorrealización intersubjetivamente lograda de una persona ocasionalmente lesionan o destruyen» (Honneth, 1997a: 116).

La primera forma de menosprecio tiene que ver con la falta de respeto y la desconsideración hacia la integridad física o psicológica de la persona, en forma de malos tratos físicos o psicológicos. Si «el cuerpo es aquella porción del universo que animamos, informamos, concienciamos y personalizamos» (Boff, 2002: 116), las ofensas morales vulneran la integridad moral y psicológica de la persona y le acarrearán siempre sentimientos de humillación e indefensión y la *pérdida de la autoconfianza*, pudiendo llegar al extremo del maltrato físico, la violación, la tortura o el asesinato. Más allá del dolor físico, Honneth nos recuerda que este tipo de menosprecio produce el desplome de la confianza en el mundo social y en la propia seguridad (Honneth, 1997a: 162). Hablamos entonces de *muerte psicológica*⁷² de la persona.

Frente a esta forma de menosprecio que acabamos de explicar, el reconocimiento de la singularidad de cada ser humano, de su cuerpo como construcción individual y social, de sus necesidades y deseos, sólo se podrá obtener a través del amor, del afecto, la ternura y el cuidado, que serán los encargados de afianzar o restaurar la *confianza* de las personas en ellas mismas, en sus cuerpos y en todas las capacidades humanas que a través de él se manifiestan.

⁷² Honneth ha asociado a los diversos tipos de menosprecio las metáforas de «muerte psíquica», «muerte social» y «enfermedad/injuria/herida», a los que hacen referencia diversas investigaciones psicológicas que estudian las secuelas de la violencia (de la tortura, violación...) en las personas (Honneth, 1997a: 164)

La segunda forma de menosprecio tiene que ver con la privación de derechos a las personas que disminuye sus posibilidades de participación social. El resultado de esta privación es el ostracismo social y la exclusión, que no sólo afecta a la autonomía personal sino que tiene más implicaciones: la persona privada de derechos fundamentales siente que no recibe un trato igualitario, que no es considerada igual que los demás miembros de la sociedad en la que vive, que no se le reconoce su responsabilidad moral como parte de esa sociedad. Es lo que Honneth llama *muerte social*. La pérdida del *autorrespeto* y del sentido de pertenencia, serán las consecuencias de este tipo de menosprecio.

Lo específico en tales formas de menosprecio, como se presenta en la desposesión de derechos o en la exclusión social, no consiste solamente en la limitación violenta de la autonomía personal, sino en su conexión con el sentimiento de no poseer el estatus de un sujeto de interacción moralmente igual y plenamente valioso (Honneth, 1997a:163).

Para hacer frente a esta segunda forma de menosprecio deberemos ser capaces de reconocernos recíprocamente como personas portadoras de los mismos derechos. Reconocer que toda persona es portadora de derechos implica el reconocimiento jurídico tanto de las personas como de sus derechos fundamentales como ciudadanos/as. La violencia estructural como sinónima de injusticia social se caracteriza precisamente por la privación o negación de derechos, o por un reconocimiento parcial o desigual de los mismos. La paz estructural sería la expresión de todo lo contrario, es decir, del reconocimiento pleno de los derechos de las personas desde criterios de justicia.

La tercera forma de menosprecio se refiere al no aprecio del valor social de una persona. Supone el desprecio del estilo de vida individual o colectivo y, por lo tanto, supone no reconocer que los proyectos de vida individuales o colectivos de «los otros», diferentes desde el punto de vista de su cultura, religión, también de su identidad sexual o de género, tienen el mismo valor y son igual de irremplazables que los propios.

La violencia cultural/simbólica se manifiesta precisamente en los múltiples tipos de menosprecio a la dignidad, la autovalía y el prestigio de las personas en relación con sus estilos de vida, y ocurre cuando éstos son degradados, injuriados o considerados «inferiores». La pérdida de la *autoestima* es la consecuencia de este tipo de menosprecio violento y su *antídoto* es la solidaridad con los estilos de vida de los otros, a los que se reconoce en todos sus derechos y en toda su singularidad. Al igual que la violencia cultural facilita los otros tipos de violencia, esta forma de menosprecio permite, facilita

y hace invisibles los otros tipos de ofensas que acabamos de citar. Para el fomento de culturas de paz es condición indispensable el reconocimiento cognitivo de las diferencias individuales y colectivas, lo que supone mucho más que la simple tolerancia. Supone reconocer el valor de la diversidad cultural y la necesidad de convivir en paz en esa diversidad; reconocer las diferentes identidades de las personas supone reconocer la igualdad de «los otros» en la humanidad y en los derechos, tomando como punto de partida el criterio universal de la dignidad humana.

Un ser humano tiene derechos sólo si es distinto de un ser humano. Y para ser distinto de un ser humano tiene que convertirse además en otro ser humano. Entonces «los otros» pueden tratarlo como su congénere. Lo que hace a los seres humanos semejantes es el hecho de que cada ser humano lleva consigo la figura del otro. La semejanza que tienen en común proviene de la diferencia de cada uno con cada uno (Lyotard, 1998: 137).

Los seres humanos necesitamos ser reconocidos por nuestros semejantes y sentir que somos plenamente valiosos, dignos e irremplazables. La salud individual entendida en sentido holístico y no sólo biofísico, necesita de este tipo de reconocimiento integral que potencie la autoconfianza, el autorrespeto y la autoestima: los tres aspectos de bienestar moral y psicológico a los que Honneth se refiere.

Todas las formas de menosprecio vulneran la dignidad humana al socavar la autoconfianza, el autorrespeto y la autoestima de las personas, y todas las formas de reconocimiento intersubjetivo, a través del amor y el cuidado, los derechos y la solidaridad, la restauran. Estas formas de reconocimiento son condición *sine qua non* para la satisfacción de las necesidades humanas básicas y por lo tanto para el bienestar, la salud y la convivencia.

La solidaridad con los estilos de vida de *los otros* podría incluir la solidaridad y el interés por los saberes y estilos de curarse y cuidarse que tienen sus orígenes en tradiciones médicas diferentes a la occidental. Para Max-Neef «los sistemas curativos, la prevención y los esquemas de salud en general, son satisfactores de la necesidad de protección» (Max-Neef, 1998:41-42). Las formas de afrontar los procesos relacionados con la salud, la enfermedad y la atención de los y las migrantes marroquíes en Castellón incluyen satisfactores culturales de esta necesidad básica de protección que pueden ser comprendidos e interpretados mejor desde la lógica del reconocimiento.

El *amor* y el *cuidado* van unidos; el cuidado y la salud también. El cuidado es una actividad fuertemente ligada a la cultura y diversa en sus manifestaciones, todas

ellas dirigidas a «mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables» (Collière, 1993: 7). La salud no es posible sin el amor y el cuidado de la vida en general y del cuerpo en particular. Los derechos permiten que la salud se pueda exigir. La solidaridad es la pieza clave para que el amor y el cuidado de la vida se puedan reivindicar para toda la humanidad. La solidaridad con otras formas de vida diferentes a las propias, con otras formas de entender la salud, la enfermedad y la muerte, la atención sanitaria y los cuidados, es necesaria para la convivencia pacífica.

Cualquiera de las propuestas de paz -negativa, positiva, cultura de paz- incluyen diferentes formas de respeto a la dignidad humana a través del reconocimiento intersubjetivo en tres esferas interrelacionadas: la individual corpórea (reconocimiento del cuerpo, respeto a la integridad física y psicológica, derechos individuales), la que concierne a los derechos político/sociales (justicia social, reconocimiento jurídico de derechos), la que atañe a la libertad de elegir las formas –estilos de vida- acordes a nuestras creencias, identidades, culturas.⁷³ *Amor, derechos y solidaridad* serán las tres formas de acceder al reconocimiento que hará posible vivir y convivir de maneras más pacíficas, con mayor bienestar personal y socio/colectivo.

«La concordia es una palabra de origen latino que hace relación al entendimiento entre dos o más partes [...] entre los diferentes actores de un grupo humano o entre elementos constitutivos de un sistema» (Lorente y Muñoz, 2003: 201). La concordia en el campo de la salud intercultural y la convivencia intercultural se teje también con los hilos del reconocimiento.

La interculturalidad en salud se puede plantear en términos de relaciones -*posiciones*- horizontales entre personas que se reconocen intersubjetivamente, se respetan y negocian sus diferencias. Las diferencias, desde el reconocimiento no se entienden como desigualdades, y la conflictividad inherente a la vida en sociedades interculturales no se entiende como un problema sino como una posibilidad de convivencia y de paz (Escrig, 2009: 267-268).

⁷³ En relación con variables de género, orientación sexual, creencias, origen nacional o étnico, entre otras. Todas ellas pueden condicionar diferentes formas de vivir la vida, de enfermar y morir. En general estas variables van a condicionar diferentes formas de entender y manejar los procesos de salud, enfermedad y atención. No reconocer la heterogeneidad de formas de vida posibles, estigmatizar las que no se ajustan a la normatividad hegemónica del país de acogida, se puede traducir en sufrimiento para las personas, en diferentes oportunidades de vida, en diversas formas de violencia directa, estructural o simbólica.

Honneth recurre a Walter Benjamin para referirse a las virtudes emocionales o empáticas que permiten compenetrarse con el otro adoptando su perspectiva: reconociéndolo. Esas virtudes recíprocas de afecto, cordialidad, amor a la paz, confianza, ternura, permiten ponerse de acuerdo sin violencia y resolver los conflictos, constituyéndose en medios no violentos de mediación de intereses (Honneth, 2009: 129). La “cultura del corazón” a la que se refiere Walter Benjamin, tiene en el reconocimiento intersubjetivo otro punto de anclaje para trascender la esfera individual y revertir y transformar en positivo el mundo social. Pensar la salud intercultural y la convivencia intercultural en el siglo XXI hace necesario buscar y encontrar puntos comunes de significación y consensos entre diferentes tradiciones médicas, creencias, saberes, rituales y formas de atención, con un objetivo claro: poder negociar la conflictividad asociada a la diversidad cultural en salud, alcanzar mayor bienestar personal y social.

Una visión cosmopolita de la convivencia intercultural en el campo de la salud implica necesariamente el reconocimiento de otras racionalidades, cosmogonías, imaginarios, como la paz necesita del reconocimiento de «los otros», de sus cuerpos, de sus derechos y de sus formas de vida (Escrig, 2009: 271).

Todas las formas de reconocimiento intersubjetivo que propone Honneth son relevantes para aumentar el conocimiento de los y las migrantes marroquíes en Castellón, su cultura, su religión, los valores sobre los que cimentan sus relaciones interpersonales, también para comprender y valorar sus creencias, saberes y prácticas relativas a la salud-enfermedad. Es ese conocimiento basado en el reconocimiento intersubjetivo de las diferencias y las similitudes el que facilita la comunicación intercultural, la negociación intercultural y la convivencia. La comprensión del otro/a, y de todo aquello que nos une, más allá de las diversidades, de las diferencias más o menos infranqueables.

2.2. Teorías y enfoques generales aplicables al campo de las migraciones, la salud y la convivencia intercultural

En el apartado anterior se han presentado los tres enfoques teóricos del campo transdisciplinar de los Estudios para la Paz que se han seleccionado por ser especialmente relevantes y pertinentes para este estudio. Sin embargo, aunque con la fuerte impronta que le aportan los Estudios para la Paz y otras disciplinas como la

Sociología, o algunas de las incluidas en el área de las Ciencias de la Salud⁷⁴ (Psicología o Enfermería), este es un trabajo que tiene una clara vocación antropológica. A la hora de continuar con el desarrollo de este marco conceptual es importante pues enfatizar este hecho, ya que del enfoque fuertemente antropológico de este trabajo dan cuenta tanto la estrategia metodológica manejada (observación participante, historias de vida, entrevistas semiestructuradas, comparación, cuaderno de campo), como la inclusión de teorías relacionadas con la Antropología Social y Cultural y la Antropología médica, tanto en el desarrollo del marco teórico, como en el resto de los apartados de esta tesis.

«La transversalidad metodológica y disciplinaria siempre es una apuesta difícil, pero representa una vía clave y enriquecedora para aprehender la complejidad de las realidades sociales» (Nash, 2000:15). La heterogeneidad de fenómenos que se relacionan con los procesos de salud-enfermedad-atención de los y las migrantes marroquíes en Castellón y con la convivencia intercultural en contextos migratorios, así lo aconsejan.

2.2.1. Interaccionismo simbólico

A la hora de estudiar la interculturalidad en salud y la convivencia intercultural en contextos migratorios, la perspectiva de la teoría interaccionista basada en la comunicación e interacción simbólica entre personas y grupos se convierte en un sustrato teórico básico para la comprensión de los fenómenos que se relacionan con las variables principales de esta investigación.

El filósofo pragmático, sociólogo y psicólogo social norteamericano George Herbert Mead (1863-1931) inspiró y desarrolló la corriente contemporánea en sociología y psicología denominada Interaccionismo Simbólico.⁷⁵ Fue también uno de los fundadores de la Escuela Sociológica de Chicago, y el principal impulsor de este

⁷⁴ Dentro de las Ciencias Sociales, los fenómenos que acompañan a las migraciones humanas son abordados desde diferentes perspectivas teóricas y metodológicas por la Antropología, la Sociología, la Demografía, la Geografía, la Historia, el Derecho, y otras, generando múltiples y heterogéneos objetos de estudio. Desde las Ciencias de la Salud, disciplinas como la Enfermería Transcultural, la Medicina o la Psicología también estudian una extensa fenomenología relacionada con la salud intercultural, la comunicación intercultural y la competencia cultural de los cuidados de salud.

⁷⁵ El término *interaccionismo simbólico* se debe Herbert Blumer y no a Mead, aunque fue este último el que elaboró los principales conceptos teóricos de este enfoque.

enfoque interaccionista tan relevante dentro del pensamiento sociológico en Psicología Social. Relacionado con la antropología y la psicología social, el interaccionismo simbólico basa la comprensión de la sociedad en los procesos de interacción simbólica comunicativa entre individuos y grupos (Mead, 1999).

«Ningún individuo tiene un espíritu que funcione simplemente en sí mismo, aislado del proceso social vital en el cual ha surgido o del cual ha emergido y en el que, en consecuencia, la pauta de la conducta social organizada ha quedado básicamente impresa» (Mead, 1999: 244).

La teoría de la emergencia de la persona *-self-*⁷⁶ como resultado del proceso de la experiencia social de comunicación significativa, se convirtió en la base de la corriente interaccionista simbólica en sociología y psicología, y ejerció una marcada influencia en la teoría social del pasado siglo XX.

Cada persona lleva en sí misma la figura del otro y, a partir de esa capacidad de los individuos para asumir el rol de otros individuos hacia sí, es como se desarrolla lo que Mead denomina “el otro generalizado”, que se podría definir como el conjunto de actitudes comunes a un grupo que un individuo asume para sí mismo y que influyen poderosamente en su comportamiento. La adopción de ese “otro generalizado” permite a la persona adoptar la actitud de “el otro” -de otro individuo, de cualquier individuo- y que esa actitud influya a su vez en lo que hará él mismo en relación a un objetivo común, permitiéndole no sólo tomar conciencia de sí mismo a través del otro, sino identificarse con ese otro, y como miembro orgánico de su sociedad. El “otro” y el “yo” confluyen en la persona y,

La distinción se expresa en nuestra experiencia en lo que llamamos el reconocimiento de los otros y el reconocimiento de nosotros en los otros. No podemos realizarnos a nosotros mismos sino en el grado en que reconocemos al otro en su relación con nosotros. Sólo cuando se adopta la actitud del otro, puede el individuo realizarse a sí mismo como persona (Mead, 1999: 220).

El interaccionismo simbólico se basa en la idea de que los seres humanos no se limitan a reaccionar frente al medio físico o social en el que viven, sino que interpretan o definen las acciones dentro de un marco de acción que podemos definir como

⁷⁶ Entendido este término en el sentido de “uno/a mismo/a”.

performativo, en el que la comunicación simbólica a través del lenguaje es el elemento esencial: los gestos, las palabras y las cosas.

El *campo*, para la teoría interaccionista, es el lugar de la experiencia ya que es en él precisamente dónde tienen lugar la acción comunicativa inteligente, donde surge y se realiza la conciencia y la persona y, por tanto, el lugar donde también se producen los procesos de transformación de los individuos y de la sociedad. Para Mead, la *bondad*, la *colaboración* y la *asistencia* (1999: 276) son actitudes fundamentales de los seres humanos entre sí, identifican al individuo con el otro e, implicadas en la vida de los individuos en el grupo pueden ser generalizadas, por ejemplo, a través de las religiones o de los procesos de intercambio:

Estos procesos son tales, que llevan en sí a la buena vecindad y, en la medida en que tenemos actividad cooperativa, asistencia a los que se encuentran en dificultades y a los que sufren. La actitud fundamental de ayudar a otra persona que está en desgracia, enferma, o en cualquier otra situación desdichada, pertenece a la estructura misma de los individuos de una comunidad humana. Se la puede encontrar incluso en condiciones en que se presenta la actitud opuesta de completa hostilidad (Mead, 1999: 276).

El *campo*, al que hace referencia la teoría interaccionista simbólica, podemos identificarlo también como el espacio de las mediaciones (actores, espacios, tiempos e intereses) en las que hace hincapié la Matriz Comprensiva e Integradora del Campo Transdisciplinar de la Paz, donde se regula la conflictividad en todas sus formas, y donde se desarrolla la conciencia y las acciones pacifistas de las personas. Es en el *campo* donde, como se nos propone desde la Filosofía para la Paz, es posible desarrollar una fenomenología comunicativa que haga posible el reconocimiento intersubjetivo -como Honneth nos propone- de las personas, de sus derechos y de sus estilos de vivir la vida, y con él la convivencia pacífica.

Para Mead la complejidad no es la suma de las cosas simples o de las simples cosas. Su punto de vista es holista y sistémico. El acto social es un acto completo y complejo de relaciones –de experiencias- que no se puede entender como la suma de estímulos y respuestas individuales: lo realmente determinante, singular e interesante del comportamiento humano es que es inseparable de la interacción simbólica comunicativa que nos define y conecta con los otros, con el mundo social.

Comunicación, intercambio y cooperación son algunos de los conceptos básicos de esta teoría. Todos ellos son relevantes para esta investigación y esenciales para la convivencia intercultural.

¿Por qué es interesante esta teoría para esta investigación? Porque la gente elabora y desarrolla su identidad grupal y personal a través de la comunicación y la interacción social cooperativa, y la interculturalidad, y por extensión la interculturalidad en el campo de la salud, no se pueden entender si no es desde esta premisa. La personalidad, las identidades personales/grupales, la responsabilidad y los derechos surgen en ese contexto de reconocimiento/mediación/ interrelación racional práctica y cooperativa de la vida en sociedad.

En contextos multi-interculturales la interacción simbólica comunicativa se da muchas veces entre sujetos con procesos de endoculturación heterogéneos que no necesariamente comparten imaginarios colectivos comunes -segmentos significativos de comprensión e interpretación del mundo-, creencias y/o formas de vida similares. La fenomenología comunicativa en contextos multiculturales se amplía más allá de la multiplicidad de formas de interacción comunicativa presentes en cualquier mundo social, se complejiza, se hace mestiza, al incluir el reto de la diversidad cultural.

Los contextos interculturales se definen por los escenarios múltiples, complejos y conflictivos de interacción simbólica comunicativa entre individuos y grupos, donde la convivencia pacífica se cimenta en el ejercicio de la libertad comunicativa y, desde una actitud performativa, somos capaces de ponernos en la posición del otro/a diferente, identificarnos con el/ella, reconocerlo como si de uno/a mismo/a se tratara, frente al riesgo de marginación y exclusión de personas o grupos cuando la interacción simbólica comunicativa se rompe o degrada, y el reconocimiento intersubjetivo pierde espacio en la vida personal o social.

2.2.2. Hegemonía, capacidad de actuar (*agency*) y transformaciones moleculares de la persona en Antonio Gramsci ⁷⁷

Muchos de los conceptos principales de la filosofía de Gramsci siguen estando de actualidad y se han incluido en este marco teórico porque suponen una potente herramienta heurística para comprender y explicar, desde la antropología general y la antropología médica en particular, la complejidad del poder y cómo éste incide en «los fenómenos locales y globales en los que los cuerpos y los sujetos se construyen en los lugares privilegiados de actuación y transformación de las relaciones de fuerza de carácter estructural en su devenir sociohistórico» (Sepilli y Otegui, 2005: 7). Entiendo pues que los procesos de salud-enfermedad-atención de los y las migrantes marroquíes en Castellón no se pueden desvincular de ese devenir sociohistórico que los moldea, performa y transforma tanto en Marruecos, su país de origen, como en el país de acogida, en el transcurso de sus interacciones con la nueva estructura social en la que se desarrollan sus vidas de migrantes.

[...] Sólo el reconocimiento del peso de los procesos de hegemonía actuados por los poderes fuertes, junto con la individualización de las condiciones concretas en las que los individuos viven su existencia y sus experiencias, permiten a la antropología comprender la realidad [...] y proporcionar los instrumentos cognoscitivos para transformar tales realidades *junto* con los individuos que las viven. [...] usar la investigación antropológica para “darle voz a la gente” transcribiendo directamente sus expresiones, es útil y justo [...] pero *sólo* con esto se corre el riesgo de limitarse a un simple revelado fotográfico de lo que los individuos piensan o hacen [...] Renunciar a individualizar los mecanismos de poder que, especialmente en la “sociedad tecnológica”, llevan a los individuos a pensar lo que piensan y a actuar como actúan, conduce inevitablemente a la antropología a renunciar a la misma función interpretativa y crítica que es propia de la investigación científica (Sepilli y Otegui, 2005: 7-8).

Como ya se ha comentado, en esta investigación, los procesos de salud enfermedad y atención de los y las inmigrantes marroquíes en Castellón se van a analizar e interpretar desde el enfoque teórico-metodológico de la Antropología médica crítica contemporánea, especialidad de la Antropología que, según Pizza, ha tenido en

⁷⁷ Antonio Gramsci (1891-1937). Sus conceptos de hegemonía y cultura aparecen reflejados en los escritos agrupados en 21 cuadernos que escribió en la cárcel (1926-1937) entre 1929 y 1933: *Quaderni dal carcere*. Gramsci profundizó en el materialismo histórico y la dialéctica materialista, que constituyen los ejes principales de su obra que ha influido en la fundamentación teórica de las ciencias histórico-sociales y en particular en la teoría antropológica médica contemporánea.

Gramsci, y en su pensamiento dialógico, crítico y experimental, uno de sus referentes a la hora de identificar los aspectos políticos de los procesos de incorporación *-embodiment-*,⁷⁸ y cuestionar, así mismo, la dicotomía salud-enfermedad entendiéndola como un proceso dialéctico y sociopolítico (Pizza, 2005: 15):

En Gramsci hay una atención dramática y reflexiva a la experiencia corporal del sufrimiento, a los procesos de incorporación y al mismo tiempo una “observación comprometida” que puede ser calificada de etnográfica, de la microfísica de las transformaciones sociales, de la hegemonía del Estado y de la *agency* individual y colectiva (2005: 15).

La Antropología médica aborda cuestiones como el estudio de los sistemas médicos, especialmente de la medicina occidental o biomedicina; las relaciones médico/personal sanitario-paciente, los modelos explicativos de la enfermedad, o las perspectivas *emic-etic* (*illness, disease*) de la enfermedad, entre otros conceptos relevantes. Critica también el determinismo biológico y sus concepciones reduccionistas de la salud y la enfermedad, e intenta también dar relevancia a las dimensiones significativas, narrativas y simbólicas del sufrimiento humano sin olvidar el papel decisivo que juegan las desigualdades sociales en salud relacionadas con determinantes sociopolíticos y económicos, y todo ello desde una perspectiva que Ángel Martínez denomina “hermenéutica crítica” (Martínez Henáez, 2008b). La antropología médica crítica, denominación utilizada y difundida sobre todo en los países anglosajones, incorpora en su orientación teórico metodológica los determinantes sociopolíticos/estructurales de la salud-enfermedad-atención; tiene en cuenta también las relaciones de poder a la hora de estudiar cómo se configuran y construyen las situaciones concretas de salud/enfermedad, y cómo se producen las respuestas sociales, o la falta de respuestas, a esas situaciones. Es una antropología médica abierta al debate sobre lo político en materia de salud/enfermedad, que afronta temas importantes, de actualidad, comprometiéndose a discriminar, más allá de una simple práctica aplicada, o del examen científico de las situaciones concretas, las conexiones estructurales (políticas, económicas, sociales y culturales) que inciden en los procesos internos de las

⁷⁸ La relación entre la cultura y la persona (*self*) es una relación “encarnada” en el cuerpo de las personas. A través de las quejas y las enfermedades, de los malestares y los padecimientos se puede analizar cómo influye, como se “incorpora,” la cultura en nuestras vidas. Los malestares se pueden interpretar como la expresión corporal de lo que ocurre en nuestras vidas cotidianas que, a su vez, no se pueden separar de los condicionantes socio-históricos. Para más información sobre este concepto véase, CSORDAS, THOMAS J. (1990): «Embodiment as a Paradigm for Anthropology», *Ethos*, Vol.18, nº 1, Marzo. pp 5-47. Disponible en, openwetware.org/images/5/54/Csordas.pdf (Fecha de consulta 1/03/2013).

prácticas de salud. Así mismo es una antropología comprometida en revelar las relaciones de dependencia que vinculan la salud y los sistemas y aparatos médicos, con las lógicas globales de los sistemas sociales, con todas sus contradicciones, y con todas sus consecuencias (Sepilli y Otegui, 2005: 7). De ahí su importancia para esta tesis.

La interacción simbólica comunicativa, la amplia fenomenología comunicativa que envuelve las vidas de las personas, participa de la complejidad y conflictividad de la vida social y de las relaciones de poder.

En su teoría de la *hegemonía*, Gramsci entiende que la supremacía, el poder de un grupo social sobre otros,⁷⁹ se puede manifestar de dos maneras: como dominio, lo cual implica necesariamente coerción y falta de consenso cultural, o bien un consenso muy limitado; o, fundamentalmente como *dirección intelectual y moral*, basada en la participación de los gobernados y en el *consenso cultural*. En realidad, estas dos formas se dan siempre en grados diferentes dependiendo de las diversas situaciones socio-históricas (Gramsci, 1983:19, 20; Gramsci, 1997: 240-241). Cabe recordar que según Gramsci la hegemonía es la capacidad de construir un discurso intelectual, moral y político, que dé respuestas validas a las necesidades del segmento más amplio posible de la comunidad nacional, cultural y política. La esfera ideológica es muy importante y debe estar muy desarrollada para que la hegemonía se pueda consolidar. Así, «Coercion is always latent but is only applied in marginal, deviant cases. Hegemony is enough to ensure conformity of behaviour in most people most the time» (Cox, 1993: 52).⁸⁰

Según Pizza (2005: 15-32) los conceptos de cultura y sociedad son desmenuzados por Gramsci para concretarlos en entes menos abstractos como *individuo, persona, yo, sujeto o corporeidad*, pero al mismo tiempo pone su énfasis en desnaturalizarlos, al considerarlos construcciones sociohistóricas. Gramsci presta mucha atención a los procesos de formación de la subjetividad dentro de la dialéctica hegemónica: los sujetos interaccionan en mundos sociales en los que las relaciones de

⁷⁹ Su teoría de la hegemonía parte del análisis de la estructura sociopolítica de la sociedad burguesa capitalista de la Europa Occidental de principios del siglo XX, en la que la burguesía había consolidado su revolución y desarrollado ampliamente la esfera ideológica a través de la cual establecía el consenso mayoritario de la sociedad civil y extendía su hegemonía política, ideológica y cultural (Gramsci, 1983: 20).

⁸⁰ Traducción propia: «La coerción está siempre latente pero solo se aplica en casos (personas) desviados y marginales. La hegemonía es suficiente para asegurar la conformidad de las conductas de la mayoría de la gente la mayor parte del tiempo»

fuerza y las ordenaciones del poder están siempre presentes y marcan no sólo la construcción de la subjetividad sino de la experiencia misma de las personas. Pero Gramsci, en su vocación antropológica, además de concretarse en la cuestión de la hegemonía y los procesos de poder que con ella se relacionan (el Estado como “fábrica” de cuerpos, como moldeador de la experiencia de los sujetos, de la subjetividad, a través del consenso fundamentalmente, o de la coerción), pondrá su interés en otras dos grandes cuestiones que son de especial interés para esta investigación: la *agency* o capacidad de actuar de los sujetos y *capacidad de resistencia* (Gramsci, 1997: 419-422), y lo que él llamó *transformaciones moleculares de la persona y de la sociedad* (1997: 394-397):

Gramsci busca en la expresión “molecular” la posibilidad de referirse a la unidad mínima de la experiencia vital, al particular inmediato, tomado de la vida cotidiana. Siendo un término que expresa la unidad mínima [...] su uso pretende recoger los procesos de transformación, poniéndose en el punto más cercano a la experiencia hasta individualizarlos en el propio cuerpo y en la propia persona. La noción “molecular”, de hecho es utilizada por Gramsci tanto para observar los procesos moleculares de transformación de la sociedad como los procesos de transformación molecular de la persona (Pizza, 2005:27).

El sufrimiento psicológico es interpretado por él como el resultado de la incorporación de los conflictos actuantes en las relaciones de fuerza que regulan la experiencia social, pero añade algo fundamental: la hegemonía del Estado, de las instituciones y poderes moldean, o pueden moldear, la subjetividad y los cuerpos de la persona a través del consenso o de la coerción, pero no anulan su voluntad, ni con ella su capacidad de actuar -*agency*- que le lleva desarrollar formas de resistencia contrahegemónicas, y realizar acciones transformadoras, no conformistas, de cambio personal y social (Pizza, 2005: 15; 23).

Transformaciones de la persona y de la sociedad y *agency* -capacidad de actuar- individual y colectiva están vinculadas a la conciencia y empoderamiento pacifistas, a la deconstrucción de las violencias asociadas a las hegemonías (estatales, de la ciencia, de unos grupos humanos sobre otros, de los géneros, etc.), a las mediaciones y a la gestión pacífica de la conflictividad: ambas son necesarias para la convivencia (imperfecta) pacífica.

En este trabajo, con Gramsci y con la antropología médica crítica, los procesos de salud-enfermedad de los y las inmigrantes marroquíes en Castellón se entienden e interpretan dentro de una relación dialéctica, como procesos sociohistóricos sometidos a

múltiples influencias y transformaciones relacionadas, condicionadas también, por el propio proceso migratorio. Con Gramsci, y desde la reflexión que nos presenta Giovanni Pizza sobre las relaciones entre el pensamiento de Gramsci y la antropología médica contemporánea, nos vamos a acercar también a las concepciones del cuerpo, a las creencias, representaciones y prácticas relacionadas con la salud-enfermedad de los y las migrantes marroquíes para mostrar las lógicas culturales y sociopolíticas que las explican, siendo conscientes de que esas lógicas no se presentan como expresiones únicas, homogéneas, sino como una combinación, fusión o mezcla de pertenencias identitarias, de modelos explicativos del proceso salud-enfermedad que se acompañan de racionalidades diversas.

Así pues,

[...] la crítica gramsciana y su atención a los procesos de transformación del sujeto encarnado [...] tiene que empujar a la antropología médica a replantearse, más de lo que ha hecho hasta ahora, la oposición salud-enfermedad, para superar todo residuo tautológico y concebirla, sin embargo, como dialéctica, es decir, como proceso socio-político. De este modo la dicotomía misma se revela como una construcción histórica e ideológica y será necesario entender el origen, el desarrollo y los objetivos estratégicos en los términos políticos del control social y de la conservación del estado de las cosas, por un lado, y en los términos de la transformación y de la lucha contra las violencias estructurales que producen la desigualdad y el sufrimiento, por el otro. [...] la antropología médica, aún habiendo producido archivos de informaciones y estudios indispensables para comprender la variabilidad cultural de los procesos de salud-enfermedad, tiene hoy en día que reflexionar sobre el riesgo ya explícito de que *la insistencia sobre la diferencia cultural oculta la producción de desigualdad social* (Pizza, 2005: 27).

2.2.3. Culturas híbridas e identidades compuestas: repensando la diversidad cultural, la identidad y la ciudadanía

Pienso que la noción de diversidad cultural dentro del ecumene global puede utilizarse como una especie de reserva de las mejoras y alternativas que la propia cultura tiene a su alcance inmediato en un momento dado, y como una especie de solución a sus problemas [...] Concederle algún valor a la diversidad cultural puede que sea una política saludable para la humanidad (Hannerz, 1998: 106-109).

Con Hannerz, este apartado se ha planteado desde el reconocimiento de la diversidad cultural no como un problema, sino como una oportunidad para mejorar la convivencia intercultural. Las categorías y enfoques socio-antropológicos que aquí se presentan parten de esta premisa.

García Canclini afirma que la cultura «[...] abarca el conjunto de los procesos sociales de significación, o, de un modo más complejo, la cultura abarca el conjunto de procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación de la vida social» (García Canclini, 2006: 34), y define *hibridación* como el conjunto de «[...] procesos culturales en los que las estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas» (García Canclini, 2001: 14), estructuras y prácticas que fueron a su vez el resultado de otros tantos procesos de *hibridación cultural*. Para él, hibridación no es sinónimo de dilución de la diversidad, de indeterminación o indiferenciación total, de incoherencia filosófica, deconstrucción del sujeto o inconsistencia de las identidades y las interacciones sociales, sino más bien, al contrario, de la combinación de condicionamientos específicos de diversa índole, que a su vez exigen metodologías híbridas para afrontar un hecho incuestionable en el mundo actual: que millones de personas ya no son sujetos a tiempo completo de una sola cultura (García Canclini, 2006: 151).

Por otra parte, Simon Gunn (2011: 157-183), desde una doble e interesante perspectiva historiográfica y sociológica, aborda la cuestión de la identidad y afirma que incluye significados distintos y, según él, no necesariamente, opuestos o contradictorios. *Semejanza y diferencia* constituyen, para él, una de las dualidades sobre las que se construye la identidad. *Interior y exterior* es otra de las dualidades que explican la construcción de las identidades de individuos y grupos; la identidad se forma a la vez desde el interior, a través de procesos de autodeterminación, y también desde el exterior, a través de actitudes o factores sobre los que muchas veces no se tiene el control (como por ejemplo los prejuicios populares sobre determinadas minorías étnicas o sexuales), o mediante las influencias de instituciones como el estado moderno, que establece la nacionalidad o la ciudadanía y con ellas sentimientos y sentidos de pertenencia, y criterios de inclusión-exclusión de individuos y grupos. Estos factores internos-externos que conforman la identidad están sometidos a equilibrios históricamente variables.

Así, para Gunn, la identidad tiene el significado, por una parte, de lo que es único en una persona o grupo, indicando aquellos rasgos que les distinguen y hacen diferentes y, al mismo tiempo, la identidad también tiene un sentido de igualdad o semejanza: haría referencia entonces a lo que es común a un grupo y a las personas que forman parte de él, es decir, aquellos rasgos (culturales, religiosos, de origen étnico o

nacional...) que la gente comparte consciente o inconscientemente. Además la identidad también tiene una dimensión temporal que se relaciona con la reproducción o mantenimiento en el tiempo (en el sujeto o en el grupo) de paquetes de rasgos que la definen. Así mismo, la identidad también se puede entender en términos de ganancia o pérdida (2011: 159).⁸¹

De lo que no hay duda es que hay «[...] un grado sustancial de complejidad implícito en el concepto de identidad que puede definirse como el producto de la mescolanza de las propias descripciones, de los discursos sociopolíticos contemporáneos y de las categorías sedimentadas históricamente» (Gunn, 2011:161). Y es esta complejidad asociada a la construcción social de la identidad, la que nos interesa especialmente para este trabajo. Para Gunn esta complejidad se refleja en los diversos enfoques y discursos teóricos sobre la construcción del sujeto, que en Foucault se concretarían en el análisis histórico de los diferentes modos en que en la cultura occidental los seres humanos se convierten en sujetos, y cómo los procesos de poder - biopoder- influyen en la construcción de las identidades, que Goffman interpreta como el producto de los propios individuos y los grupos sociales en el seno de la interacción social (2011: 161).

Quizá lo más interesante del análisis historiográfico y sociológico de Simon Gunn acerca de la identidad está en que señala bien el desplazamiento en los últimos veinte años del interés intelectual por lo que podrían llamarse identidades *auto-evidentes*, como la nación, hacia territorios menos visibles y no por ello menos relevantes de la identidad: él resalta el papel importante del concepto de performatividad a la hora de acercarse con Judith Butler, por ejemplo, a las identidades relacionadas con el sexo-género, o las identidades igualmente híbridas, compuestas, performativas del sujeto moderno que surgen de una dialéctica compleja y no simplificada entre el “yo” y el “otro.” Así, «[...] ha crecido el reconocimiento de que la identidad es teóricamente compleja y el resultado de procesos históricos a múltiples

⁸¹ Gunn no profundiza en estos conceptos de ganancia o pérdida de identidad. Sería motivo de otro estudio analizar qué se entiende y cómo interpretar “ganancia” y “pérdida” de identidad, ya que fenómenos como los repliegues identitarios de los inmigrantes en los países de acogida, o conceptos como integración, asimilación, aculturación, mestizaje o hibridez cultural no son fácilmente manejables desde esta perspectiva de la ganancia o pérdida de identidad.

niveles [...] La formación de la identidad se revela igualmente como un proceso de acción y no sólo de pensamiento» (Gunn, 2011: 180).

En este mismo sentido Martínez Guzmán entiende que

[...] los seres humanos “performamos” o configuramos nuestras identidades no de manera perfecta, absoluta y para siempre, sino en continua repetición o iteración, en las relaciones intersubjetivas que tenemos unos y unas con otros y otras, al igual que hacemos con la performance de las diversas formas de hacer las paces (Martínez Guzmán, 2010: 103).

De esta manera, asumiendo la identidad desde la complejidad y desde una perspectiva dialéctica y performativa, podemos entender el concepto de *culturas híbridas* como un enfoque teórico y a la vez un marco de interpretación válido de la diversidad cultural y de las identidades en el siglo XXI. Un tiempo en el que ya no valen muchas de las certezas etnocéntricas que ordenaron el mundo y la historia de la cultura en los tiempos modernos que Bauman (2007) define como de *modernidad líquida*: «Pues en efecto, esta historia ha consistido en que, uno después de otro, todos los campos del pensamiento han tenido que descubrir cómo arreglárselas para seguir existiendo una vez desaparecidas las certidumbres de las que habían surgido» (Geertz, 1996: 122-123).

Al pensar en términos de culturas híbridas, identidades compuestas y/o pertenencias múltiples, no se pretende homogeneizar o negar la alteridad ni las diferencias entre personas y culturas en base a explicaciones universalistas sobre la naturaleza humana, sino más bien, repensar, reinterpretar y entender más y mejor la cultura -lo cultural-: las diferencias y las desigualdades, pero también las similitudes, los procesos de inclusión/exclusión, las conexiones y desconexiones, y reconocer los diferentes estratos o niveles de la identidad de personas y grupos humanos en un mundo globalizado, que se caracteriza precisamente por la gran variedad de procesos de homogeneización y heterogeneización más o menos fuertes/débiles, contextuales, temporales y cambiantes.

Arjun Appadurai entiende que el problema central de las interacciones globales en el mundo actual se debe precisamente a la tensión entre la homogeneización y la heterogeneización cultural y sitúa el marco básico de partida para explorar la complejidad de estas tensiones y *dislocaciones* entre la economía, la cultura y la política en la relación entre cinco planos o dimensiones de los flujos culturales globales:

I propose that an elementary framework for exploring such disjunctures is to look at the relationship among five dimensions of global cultural flows, that can be termed (a) ethnoscapas, (b) mediascapas, (c) technoscapas, (d) finascapases, and (e) ideoscapes.[...] These landscapes thus are building blocks of what (extending Benedict Anderson) I would like to call *imagined worlds*, the multiple worlds that are constituted by historically situated imaginations of persons and groups spread around the globe (Appadurai, 2005: 32-33).⁸²

La palabra “paisaje” hace alusión a la forma irregular y fluida de estas cinco dimensiones que no son objetivas, sino que son más bien constructos que ejemplifican la diversidad y movilidad de los ángulos –perspectivas- desde las que podemos observar las relaciones entre los actores (locales y globales –glocalizados-, parafraseando a Robertson) involucrados, y sus conexiones con el contexto histórico, político, económico. Así estados-nación, corporaciones multinacionales, comunidades en diáspora, grupos y comunidades contenidos en la nación (de cualquier índole: religiosos, étnicos, políticos o económicos) y también pequeños grupos que se relacionan cara a cara, como pueden ser los habitantes de pequeños pueblos, barrios y familias, serían para Appadurai, el *locus* final, junto a los sujetos individuales, de este conjunto de paisajes de la globalización, de mundos imaginados,⁸³ de perspectivas en las que se generan múltiples conexiones y desconexiones (Appadurai, 2004; Appadurai, 2005).

En el seno de estos paisajes de la globalización, de estas tensiones entre lo local y lo global, entre homogeneización y heterogeneización, Amin Maalouf parece invitarnos a vivir serenamente nuestras *identidades compuestas*, y propone un tipo de

⁸² Traducción propia: « Propongo que un sistema simple para explorar semejantes desconexiones debe fijarse en las relaciones en cinco dimensiones de los flujos culturales globales, que pueden ser señaladas como a) paisajes étnicos b) paisajes mediáticos c) paisajes tecnológicos d) paisajes financieros e) paisajes ideológicos. Estos escenarios, de este modo, están construyendo bloques de lo que, me gustaría llamar mundos imaginarios, los múltiples mundos que son constituidos por las situaciones históricas imaginarias de personas y grupos dispersos por el mundo».

⁸³ Appadurai hace una interesante reflexión acerca del papel de la *imaginación* como “combustible para la acción” de personas y grupos, en definitiva para la *agency* social transformadora. En un mundo, que él define como, “post-electrónico,” la imaginación juega un papel significativamente nuevo al no estar ya circunscrita al espacio expresivo del arte, el mito o el ritual, y haber pasado a formar parte de la lógica cotidiana de las personas, dentro del “trabajo mental” diario de la gente común y corriente. También establece la indispensable distinción entre *imaginación* y *fantasía*, ya que la idea de fantasía no establece puentes entre pensamientos, proyectos y prácticas, entre la esfera íntima, privada y la esfera político-social y relacional. Sin embargo, la imaginación posee para él un sentido básicamente proyectivo, preámbulo a algún tipo de expresión, sea estética o de cualquier otro tipo. La fantasía se puede evaporar, pero la imaginación, sobre todo cuando es colectiva, puede ser el combustible para la acción. Véase, APPADURAI, ARJUN (2004): «La aldea global», Universidad Santiago Compostela, Firgoa, Universidade pública, Disponible en <http://firgoa.usc.es/drupal/node/17381/print> /Fecha de consulta 19/03/2013)

sujeto “fronterizo” (bien por nacimiento, por las vicisitudes de la vida o simplemente por libre elección...) que sea capaz de asumir plenamente su diversidad y de esta forma sirva de enlace, de “mediador” entre las diversas comunidades y culturas y que, en cierto modo, sea también “aglutinante” de la sociedad en que vive ya que,

Si a nuestros contemporáneos no se los incita a que asuman sus múltiples pertenencias, si no pueden conciliar su necesidad de tener una identidad con una actitud abierta, con franqueza y sin complejos, ante las demás culturas, si se sienten obligados a elegir entre negarse a sí mismos y negar a los otros, estaremos formando legiones de locos sanguinarios, legiones de seres extraviados (Maalouf, 1999: 48-49).

En definitiva ambos conceptos, culturas híbridas e identidades compuestas, nos llevan repensar y resignificar los procesos que acompañan a la multi-inter-transculturalidad y la construcción del sujeto/ciudadano multi-inter-transcultural en el mundo actual.

Son estos *procesos de difuminación de los contrastes culturales* que caracterizan el mundo post-moderno/post-industrial globalizado, donde, según Geertz, los/as antropólogos/as podemos aprender a sacar partido, mostrar y escribir de manera más sólida y aguda sobre las “diferencias más sutiles”, *-a las que yo añadiría las “similitudes más sutiles”-* aunque quizá lo hagamos, como él dice, de manera mucho menos espectacular que cuando la *modernidad sólida* nos permitía mirar la diversidad sin establecer conexiones fuertes entre los diferentes mundos culturales que se estudiaban, e interpretar las culturas y lo cultural sólo, o fundamentalmente, a través de los contrastes y la comparación; todo lo cual nos lleva a plantearnos «[...] una cuestión más amplia, a la vez moral, estética y cognitiva; cuestión mucho más problemática y que se sitúa en el centro de la actualísima discusión sobre cómo deben justificarse los valores: lo que yo llamaré, por hacerlo sólo de forma pegadiza, el futuro del etnocentrismo» (Geertz, 1996: 68).

Con Pizza (2005: 27), en el apartado anterior, hemos mostrado cómo la insistencia en las diferencias culturales puede ocultar la producción de desigualdad social. Sin embargo, las diferencias culturales no pueden de ninguna manera encubrir la producción de desigualdades que nada tienen que ver con la cultura –o con lo cultural–, o generarlas en base a ella. El racismo cultural, por ejemplo, se diluye cuando la noción de identidad se relativiza y se hace inclusiva y no esencialista, al tiempo que se amplían

los márgenes de comprensión -traducción- de lo cultural y de las estructuras sociales, políticas, económicas que interactúan con lo cultural:

[...] los procesos incesantes, variados de hibridación llevan a relativizar la noción de identidad.[...] El énfasis en la hibridación no sólo clausura la pretensión de establecer identidades “puras” o “auténticas”. Además pone en evidencia el riesgo de delimitar identidades locales autocontenidas, o que intenten formarse como radicalmente opuestas a la sociedad nacional o a la globalización. Cuando se define a una identidad mediante un proceso de abstracción de rasgos (lengua, tradiciones, ciertas conductas estereotipadas) se tiende a menudo a desprender esas prácticas de la historia de mezclas en que se formaron [...] Por eso, algunos proponemos desplazar el objeto de estudio de la identidad a la heterogeneidad y la hibridación interculturales (García Canclini, 2001: 17).

Seyla Benhabib, considera igualmente que no se pueden entender las sociedades y culturas como totalidades homogéneas y *puras*, coherentes y sin fisuras; este error conceptual impide, según ella, percibir la complejidad de los diálogos y los encuentros civilizacionales y, al mismo tiempo, alimenta los pares binarios -dicotómicos- del tipo *nosotros* y *los otros*. Ella aboga también por un reconocimiento de la *hibridación radical* y la *polivocalidad* de todas las culturas:

En sí mismas, ni las culturas ni las sociedades son holísticas, sino sistemas de acción y significación polivocales, descentrados y fracturados, que abarcan varios niveles. En el nivel político, el derecho a la autoexpresión cultural debe estar basado en los derechos de ciudadanía universalmente reconocidos, en lugar de considerarse una alternativa de los mismos (Benhabib, 2006: 61).

Benhabib coincide con García Canclini en que el énfasis teoricista que propugna la *inconmensurabilidad fuerte* de las culturas nos distrae de las numerosas y sutiles negociaciones epistémicas y morales que ocurren entre culturas, dentro de ellas, entre las personas e, incluso, en el interior de cada uno de nosotros/as cuando nos confrontamos con la discrepancia, la ambigüedad, la discordancia y el conflicto (Benhabib, 2006: 69; García Canclini, 2006: 16).

Para García Canclini (2006: 22), la multiculturalidad se concreta en la abundancia de opciones simbólicas que propician innovación, enriquecimiento y fusiones, y se pregunta por el lugar del sujeto en un mundo globalizado que te enfrenta a «la fascinación de estar en todas partes y el desasosiego de no estar, o incluso de no pertenecer con seguridad a ninguna, de ser muchos y no ser nadie». Desde esta perspectiva compleja del sujeto se cuestionan las diferencias, las desigualdades y las conexiones y desconexiones. ¿Diferentes, desiguales y desconectados?, para García

Canclini plantear la interculturalidad en clave negativa supondría adoptar el lugar de la carencia y no de la abundancia. Así, «Las teorías comunicacionales nos recuerdan que la conexión y la desconexión con los otros son parte de nuestra constitución como sujetos individuales y colectivos. Por tanto, el espacio *inter* es decisivo» (2006: 26).

Se quiere pues poner énfasis no tanto en describir las mezclas a partir de las diferencias que se concretan en desigualdades, o en las desconexiones que se concretan en marginación y exclusiones de todo tipo, sino en interpretar las relaciones de sentido que se recomponen en las mezclas, ya que, «[...] si queremos ir más allá de liberar al análisis cultural de sus tropismos fundamentalistas identitarios, debemos situar la hibridación en otra red de conceptos: aculturación, mestizaje, transculturación, creolización» (García Canclini, 2001: 18).

Por tanto, proponemos entender la interculturalidad -las *intersecciones culturales*-, como espacios políticos para las mediaciones, la inclusión de personas y culturas, para la negociación de las diferencias y la búsqueda de formas de convivencia solidarias y consensuadas donde los sujetos puedan reconocerse intersubjetivamente, pertenecer, y ser siempre *personas legales* (con derechos sociales y políticos). Importa pues promover comunidades políticas multi-interculturales que faciliten lo que Benhabib denomina la *membresía política*, es decir, «los principios y prácticas para la incorporación de forasteros y extranjeros, inmigrantes y recién venidos, refugiados y asilados, en entidades políticas existentes», en las que la condición de forastero/a no debería nunca implicar la privación de derechos fundamentales (*membresía política justa*). Las fronteras políticas -explica Benhabib- más allá de las culturales, definen a algunos como miembros⁸⁴ y a otros como extranjeros/as, pero éstas fronteras, a su vez, en la era global, han visto cómo se desagregaba y transformaba el concepto de *ciudadanía nacional* en nuevas modalidades de *membresía*, de pertenencias y ciudadanía, asociadas a nuevos y cambiantes confines y escenarios personales-sociales-económicos-políticos (Benhabib, 2005: 13-14).

⁸⁴ A través, como señala Seyla Benhabib, de rituales de ingreso, acceso, pertenencia y privilegio.

En las intersecciones culturales en el ámbito de la salud,⁸⁵ como en cualquier campo social de interacción, los *contactos, confrontaciones y negociaciones* culturales entre personas y grupos transforman a todos los actores que participan en ellas: ya hemos argumentado que partimos de la tesis de que la convivencia intercultural no anula las diferencias, la diversidad o las pertenencias, sino que las resignifica. Sin embargo tampoco podemos olvidar que en los procesos de hibridación, mezcla, mestizaje, transculturación o fusión de culturas, existen también contradicciones, incluso diversidades infranqueables que, en un contexto determinado y un tiempo dado, no se dejan, ni se quieren hibridar.

De un mundo multicultural –yuxtaposición de etnias o grupos en una ciudad o nación– pasamos a otro intercultural globalizado. Bajo concepciones multiculturales se admite la diversidad de culturas, subrayando su diferencia y proponiendo políticas relativistas al respecto, que a menudo refuerzan la segregación. En cambio, la interculturalidad remite a la confrontación y el entrelazamiento, a lo que sucede cuando los grupos entran en relaciones e intercambios. Ambos términos implican modos de producción de lo social: *multiculturalidad* supone aceptación de lo heterogéneo; *interculturalidad* implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociación, conflicto y préstamos recíprocos (García Canclini, 2006: 14-15).

Acercarse a la interculturalidad en el campo de la salud, al análisis cultural de los procesos de salud, enfermedad y atención de los inmigrantes marroquíes en Castellón, y sus conexiones y relaciones con la convivencia intercultural, nos llevan a plantearnos necesariamente los conceptos de cultura, diversidad cultural, y cómo funciona eso que llamamos identidad, ya que,

[...] desde el momento en que nos integramos en un país o en un conjunto de países, como puede ser la Europa unida, es inevitable sentir unos ciertos lazos de parentesco con cada uno de los elementos que lo componen; conservamos, sin duda, una relación muy particular con nuestra cultura propia, y una cierta responsabilidad hacia ella, pero se tejen igualmente vinculaciones con los demás componentes (Maalouf, 1999: 195).

Las culturas, o mejor -lo cultural-, y la propia interculturalidad, se nutre, expresa y transforma precisamente en, y a través de, la hibridación, de las mezclas, de la performatividad de las acciones en que se manifiestan las identidades compuestas. Compartir espacios y experiencias, fusionar horizontes, generar entendimiento.

⁸⁵ En el hospital, en la consulta, en las relaciones e interacciones personal sanitario-paciente inmigrante, en las políticas sanitarias, en las normas y leyes que definen la atención a la salud de la población inmigrante en las diferentes sociedades y naciones de acogida ...

Mixofilia como esperanza *versus mixofobia* como amenaza de la convivencia, es lo que nos propone Bauman, ya que,

Como destacó Hans-Georg Gadamer en su célebre *Verdad y Método*, el entendimiento mutuo nace de la “fusión de horizontes”, los horizontes cognitivos, es decir, los que se trazan y expanden a medida que se acumula experiencia vital. La “fusión” que requiere el entendimiento mutuo sólo puede provenir de una experiencia *compartida*; y compartir experiencia es inconcebible si no se comparte el espacio (Bauman, 2007: 130-131).

Fijarnos en los procesos de hibridación cultural, pensar en términos de identidades compuestas y ciudadanía multicultural supone, siguiendo las propuestas concretas de García Canclini, Maalouf y Benhabib, un intento de entender la diversidad cultural no simplemente como una suma o pluralidad de culturas o de identidades étnico-nacionales-culturales-religiosas-de clase-de sexo/género que coexisten, más o menos autocontenidas; significa también entender que la convivencia intercultural necesita de una conceptualización más abierta de la(s) cultura(s) -de lo cultural- y de la(s) identidad(es) y la(s) ciudadanía(s). Jahanbegloo nos propone a este fin tomar en consideración el *paradigma de la interculturalidad* como condición necesaria para comprender la diversidad del mundo contemporáneo: «Se trata de la búsqueda de una pluralidad, no a pesar de nuestras diferencias y divergencias, sino gracias a ellas; en este sentido, debemos tener en cuenta que nuestro mundo existe como resultado del cruce de fronteras y del entrecruzamiento de culturas» (Jahanbegloo, 2007: 18), y trazar desde esta perspectiva abierta e inclusiva los horizontes políticos de la interculturalidad y de las agendas políticas de la interculturalidad, también en el ámbito de la salud intercultural.

En definitiva, para la convivencia intercultural se hace necesario el compromiso de las personas y los estados en defensa de «[...] la libertad de expresión y la diversidad cultural privilegiando siempre la escucha y el diálogo, sin ceder al fanatismo, ni a la maledicencia y el rechazo del prójimo» (Unesco, 2000). Como la Unesco promueve en su *Manifiesto 2000 por una cultura de paz y de no violencia*: es necesario *escuchar para comprenderse*, y es necesario también desarrollar un concepto ético fundamental para convivir en paz: la *confianza*.

2.2.4. Interpretar la interculturalidad desde la confianza y la solidaridad

Yolanda Onghena plantea la necesidad de disponer de instrumentos analíticos que permitan comprender el funcionamiento de las sociedades multiculturales complejas del siglo XXI. En un mundo globalizado, el desafío de la convivencia intercultural requiere de este concepto ético y capacidad humana que es la *confianza* (individual-social-sistémica), frente a la *desconfianza*; o, como propone Gabriel Josipovici, la necesidad de fomentar el *espíritu de la confianza* frente al *espíritu de la sospecha*. Así, la *confianza* se propone como una categoría relevante para reflexionar sobre la complejidad, la incertidumbre y el conflicto, y sus posibles mecanismos de reducción y gestión (Onghena, 2003: 7).

Desde la perspectiva de gestión de la complejidad y reducción de la incertidumbre, la vulnerabilidad y el riesgo, la *confianza relacional* entre actores sociales (personas, grupos, instituciones), hace visible la interdependencia de metas e intereses y, desde emociones básicas como la empatía, o desde la bondad y el interés por encontrarse con el otro/a, promueve la competencia comunicativa y relacional (la agencia personal-colectiva), la solidaridad y la cooperación en todos los campos o áreas de la vida humana. Es pues, pertinente plantear dentro del marco epistémico de esta investigación la confianza y la solidaridad en relación a la convivencia intercultural en el campo de la salud.

Luhmann (2005) entiende la confianza como uno de los componentes básicos de la construcción de lo social, como un mecanismo que ayuda a reducir la complejidad y aumenta la tolerancia a la incertidumbre. Más allá de la confianza como mecanismo psicológico enraizado en la conciencia individual, hay una bidireccionalidad entre la comunicación social y la confianza: ambas se necesitan y retroalimentan en todos los sistemas; Luhmann sugiere además que «Los pilares de la confianza deben construirse en terreno sólido. [...] los soportes de la confianza principalmente se encuentran en las oportunidades de una comunicación efectiva» (Luhmann, 2005: 96-97) entre sujetos, colectivos, instituciones: sin confianza no habría agencia individual, social o sistémica.

La confianza es pues,

[...] una apuesta hecha en el presente, hacia el futuro y que se fundamenta en el pasado. La gran complejidad del orden social crea la necesidad más grande de coordinación que se satisface cada vez menos por medio de la familiaridad. En

estas circunstancias, la confianza y la familiaridad tienen que buscar una relación nueva, y que sea recíprocamente estabilizadora, la cual ya no se basa en el mundo inmediatamente experimentado, asegurado por la tradición, los supuestos, los mitos o la religión. La seguridad de tal relación ya no puede darse apartando a extraños, a lo no familiar, con alguna frontera (Onghena, 2003: 9).

Para Onghena, *familiaridad* y *confianza*, son formas complementarias y coadyuvantes para absorber la complejidad y están tan imbricadas como lo están el pasado con el futuro; así, la construcción de la confianza será siempre situacional (realidades, escenarios, contextos fácilmente interpretables) y necesitará de la comunicación. La base de la confianza es el presente, con todo lo nuevo, diverso y difícil de explicar o entender que nos trae, con toda su abundancia de realidades y posibilidades, de identidades individuales y colectivas. La familiaridad es la precondition de la confianza; el pasado, lo familiar, la tradición, lo conocido, pueden simplificar la vida y el mundo y con él la complejidad, pero pueden no dejar espacio más allá del acomodo, y no promover la necesaria (re)elaboración de la confianza ante los nuevos escenarios y con ello reducir la desconfianza o la incertidumbre en el futuro (2003: 9-10).

Burhan Ghalioun (2003) propone *universalizar la confianza*, frente a lo que él considera la *universalización de la desconfianza* secundaria a los profundos y rápidos cambios a los que se ha visto impulsado el mundo desde el fin de la Guerra Fría, la caída del Imperio Soviético, y la apertura del espacio mundial globalizado. Estados, sociedades e individuos necesitan instrumentos para enfrentar la complejidad en las relaciones sociales e internacionales: la vulnerabilidad geopolítica, la precariedad social, la incertidumbre económica y las crecientes desigualdades del mundo globalizado, hacen que lo familiar no sea suficiente, no siempre ayude a interpretar el presente y confiar en el futuro. La acumulación de progresos económicos, científicos y técnicos no parece acompañarse de un mayor control de los sistemas que nos rodean, de la creciente complejidad de nuestro *sistema mundo*. Frente a estos retos Ghalioun propone anteponer el *capital inmaterial y social* frente al *capital físico*:

[...] es propio de todo sistema establecer, entre los elementos que los componen, lazos de cooperación y de intercambio indispensables para el cumplimiento de las diferentes funciones de las que depende su supervivencia. El conjunto de los recursos morales, intelectuales y sociales (asociaciones, normas y valores, actitudes, etc.) que crea y favorece la actitud de cooperación y de colaboración entre individuos de orígenes y caracteres diferentes,

constituye un capital que me gustaría denominar capital inmaterial para diferenciarlo del capital físico, económico y financiero. Este capital genera muchas ventajas que el miembro de una comunidad obtiene de las interrelaciones que consigue establecer con otros miembros o individuos. En este capital, la confianza constituye el factor más activo. Es el fundamento de cualquier formación de una sociedad civil (Ghalioun, 2003: 26-27).

Su propuesta pasaría por el refuerzo positivo de todas las experiencias -positivas- de paz, individuales y colectivas, basadas en una *cultura y racionalidad de la confianza*, que reúna al máximo número de personas, multiplicando los diferentes movimientos sociales de solidaridad y de defensa de los principios de justicia y equidad. La *cultura de la solidaridad* como complemento irrenunciable y sinérgico de la confianza y del reconocimiento de los otros/as y de sus experiencias vitales como sujetos.

Martuccelli (2013: 1-13), se pregunta cómo cultivar la solidaridad en el mundo globalizado, cómo sentar las bases de una solidaridad entre individuos desiguales y diferentes que viven en diferentes sociedades nacionales: ¿Cómo producir solidaridad entre individuos con los que -en apariencia- nada nos une y todo nos separa?. La solidaridad como desafío en los diferentes ámbitos o niveles (individual, ámbito nacional o nivel internacional) exige, según Martuccelli la capacidad de establecer un vínculo particular entre individuos más allá de las barreras identitarias grupales, crear lo que él denomina *resonancias interindividuales*, que nos van a permitir, sin renunciar a nuestra individualidad poder participar en mayor o menor medida de la individualidad del otro, «[...] a ‘padecer’ sus profundidades interiores, sus esperanzas, amores y horrores. [...] La solidaridad que nace de la comprensión recíproca de la prueba común a la cual unos y otros, en contextos diferentes, están sometidos, a saber, la articulación de lo colectivo y lo individual» (2013: 7-11). Para que ese vínculo sea sólido, para que las resonancias interindividuales perduren, se necesita de la confianza.

Gerard Marandon (2003) propone el *cultivo de la confianza* como eje fundamental para el (re)encuentro intercultural. La confianza para fomentar esas *resonancias interindividuales pacíficas*, más allá de los límites de la mera empatía con el otro/a diferente, con sus anhelos, necesidades y sufrimientos, ya que, tal y como también apunta Martuccelli (2013: 4), como emoción intrínsecamente humana, la empatía es insuficiente como zócalo de la solidaridad ya que no puede por sí sola diluir la percepción de que la experiencia disimil de los otros/as es, o puede ser, insalvable. En

las intersecciones culturales, en los encuentros interculturales, según Marandon, los riesgos de desacuerdos se incrementan por los malentendidos interculturales, y ambos dificultan llegar a una relación de confianza entre los actores de la interculturalidad. A menudo podemos encontrarnos con diversidades infranqueables. Si la confianza tiene un papel central en cualquier tipo de intercambio, más necesaria y crucial es aún en situaciones de interculturalidad por el plus de complejidad que conllevan las intersecciones de racionalidades y universos simbólicos y relacionales más o menos disímiles:

Los contactos entre personas o grupos dan lugar, tarde o temprano, a desacuerdos más o menos declarados, según sea lo que está en juego, las afinidades y las capacidades de las personas para comunicarse. La experiencia cotidiana demuestra que el éxito de un encuentro (en el sentido de interacción, intercambio, contacto) va a la par con la creación de un clima de confianza y que, en el mejor de los casos, los encuentros con éxito pueden provocar unos lazos de amistad auténticos y duraderos, cuya confianza caracteriza y condiciona la estabilidad (Marandon, 2003: 75-76)

El cultivo de la confianza y la solidaridad actuarán sinérgicamente entonces como auténticas gestoras de la complejidad y estabilizadoras de los sistemas, reduciendo la incertidumbre, la vulnerabilidad individual y colectiva. La confianza fomentaría la conexión de espacios frente a la desconexión, y la inclusión de personas y grupos frente a la exclusión, *-invisibilización* por parte de los sistemas funcionales de las personas por no contar con las condiciones mínimas para ser considerados- según la define Luhmann (Onghega, 2003: 8). O lo que es lo mismo, la confianza estaría en la base o fundamentación del reconocimiento intersubjetivo, y sería un eje primario para la deconstrucción de la(s) violencia(s), para el empoderamiento pacifista y la construcción de *paces imperfectas*.

Mohammed Nouredine Affalla, al mirar las relaciones desiguales entre Europa y el Magreb y analiza cómo vive el/la inmigrante magrebí su dialéctica identitaria, cómo armoniza sus pertenencias, sus registros heredados (lo familiar y tradicional) y las nuevas experiencias (lo nuevo, la nueva vida, lo no familiar). Affalla se pregunta también cómo instaurar la confianza en situaciones de complejidad, en las cuales «[...] la ritualización de la diferencia entorpece la interculturalidad en curso» (2003: 101). Él propone un cambio del paradigma migratorio basado en la confianza, en el reconocimiento y en la mediación intercultural que permita conectar espacios y personas aparentemente inconexos. Conexión *versus* desconexión y la confianza como

el cemento que aglutine la convivencia intercultural con la implicación profunda y decidida de los países de acogida en este proyecto.

La convivencia intercultural, también en el campo de la salud y de la atención a la salud competente desde el punto de vista cultural, se fundamenta en tres pilares imprescindibles: la comunicación, la confianza y el reconocimiento intersubjetivo de los/las otros/as que se nutre del amor y de la solidaridad con los/as otros/as y con sus otras formas de vida más o menos disímiles.

La confianza, frente a la *modernidad líquida* en palabras de Bauman, o la *sobremodernidad*, como Marc Auge denomina a las sociedades actuales marcadas por el *exceso*, permite establecer las coordenadas de una convivialidad sólida entre individuos disímiles, culturas heterogéneas y mundos distantes.

En las relaciones entre sistemas médicos el etnocentrismo científico occidental acostumbra a pasar por alto «la sabiduría acumulativa encarnada en las prácticas seculares transmitidas de generación en generación» (Harris, 1993: 553) y desde esa posición etnocéntrica la biomedicina tiene dificultades para entender, respetar, reconocer y convivir con otros sistemas de atención a la salud diferentes. La conflictividad entre sistemas médicos derivada de las asimetrías relacionales no siempre se traduce en mayor equidad en salud, en mayor satisfacción de necesidades básicas y mayor bienestar para más personas.

La salud y la paz -la salud y la convivencia interculturales- son conceptos que no se pueden dissociar. La dimensión social y cultural de la salud y la Cultura para la Paz tampoco. Para pensar la interculturalidad en salud desde una perspectiva de paz imperfecta se hace necesario realizar un giro epistemológico que nos permita dirigir nuestra mirada a las intersecciones culturales no como espacios para la confrontación violenta, sino como espacios relacionales para la confianza y el encuentro, la negociación y el acuerdo entre personas e intereses. Y a un nivel más alto de abstracción, también para la negociación entre sistemas médicos. Porque, más allá de antagonismos y diferencias infranqueables, es en el espacio reflexivo-relacional de las mediaciones donde los diferentes actores, intereses, creencias, prácticas y representaciones de salud pueden dialogar y reconocerse y convivir (Escrig, 2009: 269).

2.3. Hipótesis

En términos de enfoque cualitativo, las hipótesis deben ser explicativas o interpretativas y no descriptivas (Menéndez, 2012: 68).

La formulación de las hipótesis ha sido un proceso que comenzó con una primera tentativa durante la redacción del proyecto de investigación, y concluyó con su reformulación al finalizar la fase del trabajo de campo.

En el proyecto de tesis se enunciaron las siguientes hipótesis:

1.- Las creencias, prácticas y representaciones de salud de los inmigrantes marroquíes en Castellón se transforman siguiendo un patrón de asimilación segmentada.

2.- La percepción de seguridad humana y bienestar aumenta en este colectivo cuanto mayor es su acceso a los dispositivos de salud y a los servicios de salud, mejor es su situación socioeconómica y más amplias sus redes de apoyo mutuo.

3.- La percepción de bienestar y vinculación social es mayor cuando en los procesos de contacto intercultural, incluyendo el ámbito de la salud, perciben un alto grado de reconocimiento intersubjetivo (personal, de sus derechos de ciudadanía, culturales y religiosos).

Las hipótesis, dentro del enfoque cualitativo, se configuran como verdaderas guías del trabajo y, partiendo de esta consideración, he considerado pertinente poderlas reelaborar tomando en consideración las aportaciones del trabajo de campo con el objeto de que sigan guiando esta investigación.

El segundo intento de reformular las hipótesis ha querido hacerlas más concretas y más útiles a la hora de contrastar los datos obtenidos en el trabajo de campo:

Hipótesis 1.- *El contacto de los y las inmigrantes marroquíes de primera generación en Castellón y Vila-real (España) con la estructura social y el sistema sanitario de acogida implica cambios adaptativos en sus prácticas de salud (referidas a los autocuidados y a la utilización de los dispositivos del sistema público de salud), así como ajustes y cambios en sus creencias religioso/culturales relativas a la salud/enfermedad.*

Las lógicas socioculturales condicionan diferentes formas de enfrentar la enfermedad y la muerte, preservar la salud y cuidar de los cuerpos. El contacto de los y

las inmigrantes con las estructuras sociales de acogida genera escenarios de confrontación y también de negociación intercultural en el campo de la salud. Lo que se pretende averiguar es si entre este colectivo de migrantes árabe musulmanes marroquíes se dan fenómenos de *asimilación segmentada* en el ámbito de la salud/enfermedad/atención lo que implicaría la pervivencia de algunos saberes, prácticas y representaciones, y las transformaciones y cambios en otros. Las permanencias estarían fuertemente relacionadas con su identidad musulmana y con la normatividad islámica en la que ellos y ellas se reconocen en mayor o menor medida. Los cambios estarían relacionados con la necesidad de adaptación al nuevo sistema de salud y con la necesidad de satisfacer las necesidades de salud y de atención sanitaria en el nuevo contexto de vida. Más allá de la nacionalidad, la religión islámica parece constituirse como elemento aglutinante del colectivo de migrantes árabe musulmanes magrebíes en Castellón, e introduce regulaciones y prescripciones en relación a la salud y a la atención sanitaria de las personas musulmanas.

Hipótesis 2.- *Las creencias y prácticas relacionadas con los procesos de salud-enfermedad-atención de los y las migrantes marroquíes en Castellón y Vila-real (España) contienen y aportan valores religioso/culturales de paz que promueven conductas dirigidas a mantener la salud bio-psico-social individual y a mejorar la convivencia grupal.*

Los y las inmigrantes marroquíes tienen creencias y desarrollan prácticas relacionadas con la salud-enfermedad-atención en las que podemos identificar valores religioso-culturales positivos porque se dirigen a favorecer la salud física y psicológica, así como la convivencia (intra-extrafamiliar/comunitaria).

Saberes y prácticas de salud están dirigidos a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, y desde esta premisa podemos pensar que muchos de los valores religioso/culturales que las acompañan se relacionan con la paz, tanto a nivel individual (saberes y prácticas buscan reducir los sufrimientos y reducir la violencia directa en salud que supone la enfermedad), como social (mejorar las condiciones del grupo y buscar la equidad en salud y por tanto la paz imperfecta estructural).

Se quieren discernir las conexiones entre la salud, el Islam y la paz.

Hipótesis 3.- *La percepción que los y las migrantes marroquíes en Castellón y Vila-real tienen del sistema sanitario huésped es: positiva respecto al acceso a la*

atención biomédica y los resultados sobre su salud física y negativa en cuanto al reconocimiento de su identidad religioso/cultural en este ámbito de la atención sanitaria. De esta forma una mayor percepción de reconocimiento intersubjetivo de su identidad religioso/cultural aumentará su confianza en el sistema sanitario y en los profesionales socio-sanitarios que les atienden, así como su vinculación con la sociedad de acogida.

Los sistemas de salud de Marruecos y España difieren tanto en su estructura organizativa y su marco legal como en la accesibilidad a los dispositivos de salud, muy desigual según se viva en contextos rurales o urbanos. Los y las migrantes marroquíes en Castellón y Vila-real es de esperar que valoren positivamente la accesibilidad al sistema público de salud español y sus prestaciones, pero podrán percibir barreras de índole idiomática y cultural cuando accedan a los cuidados de salud. Su origen étnico-nacional y su religión pueden ser obstáculos añadidos a su situación de migrantes para el reconocimiento en el campo de la atención sanitaria. Así pues, en tanto en cuanto más se reconozca su identidad religioso-cultural en el ámbito de la atención sanitaria mayor será su percepción de confianza y vinculación con la sociedad de acogida.

Capítulo 3. Estrategia de investigación y herramientas metodológicas

Una vez planteado el estado de la cuestión y el marco teórico a partir del cual se han formulado las hipótesis que guían esta investigación, es pertinente y necesario mostrar el marco metodológico, haciendo hincapié y argumentando la elección y el papel vertebrador del método etnográfico en esta investigación.

En primer lugar (Apartado 3.1), se plantea el enfoque metodológico general y la selección de la metodología, Así mismo, se concretan también las principales herramientas metodológicas y técnicas escogidas, así como los procedimientos centrales que van a guiar el proceso de análisis de la información.

A continuación, (Apartados 3.2 y 3.3), se explica el diseño del plan de muestreo señalando el proceso seguido para la selección del contexto etnográfico y de la muestra definitiva, así como la temporalización, estructura y vicisitudes de las entrevistas.

La abundante literatura metodológica consultada se presenta también a lo largo de la redacción de este Capítulo 3.

3.1. Selección de la metodología

El objeto de estudio, la convivencia intercultural en el campo de la salud, y los procesos de salud-enfermedad-atención de los y las inmigrantes marroquíes en Castellón, nos sitúa ante una fenomenología estructuralmente compleja, híbrida, heterogénea en sus formas de expresión y rica en matices. Así, la naturaleza del objeto y de los sujetos de estudio ha aconsejado plantear esta investigación desde el paradigma naturalista, fenomenológico-interpretativo.

Para Polit y Hungler los paradigmas son una visión del mundo, una perspectiva general de las complejidades del mundo real y «[...] a menudo, van en función de la manera en que responden a los interrogantes filosóficos básicos, ontológicos, epistemológicos, axiológicos y metodológicos» (2000: 10-12). Plantear esta investigación desde el paradigma etnográfico intenta responder a estos interrogantes poniendo la mirada en lo cualitativo, en la (inter)subjetividad de las relaciones e interacciones personales y sociales, y en los significados y valores que transitan por ellas.

Este es un trabajo encarnado en la pluralidad de los sujetos estudiados, en la heterogeneidad de sus discursos -de sus voces- y en el valor intrínseco de sus identidades, percepciones y experiencias. Desde una perspectiva sociocrítica⁸⁶ es también autorreflexivo ya que no parte de categorías cerradas que *a priori* determinen una única posición desde la que mirar -observar- los fenómenos a investigar, y busca el entendimiento y la comprensión de esos fenómenos observados a través de las interacciones dialógicas y el compromiso con los/las migrantes marroquíes que están en el centro de este trabajo. Además, como recomienda Mateo Dieste, en esta investigación se intenta también vincular los debates más amplios, generales y teóricos sobre la salud intercultural y la inmigración magrebí con el mundo de la vida de este colectivo

⁸⁶ La Teoría Crítica clásica surge en la Escuela de Frankfurt y es propuesta por Max Horkheimer en 1973. Esta teoría se desentiende tanto de la tradición positivista (positivismo lógico) y analítica de la filosofía, como de la dogmatización política del marxismo (estrategia revolucionaria). J. Habermas es quién más la ha depurado al proponer una *teoría crítica comunicativa* basada en una razón dialógica, encarnada en una pluralidad de sujetos, abiertamente dialogante con la realidad, autorreflexiva, que no parte de categorías cerradas, y práctica, es decir provista de vocación moral. El paradigma sociocrítico facilita investigar desde el *compromiso constructivo social y político* que promueve el cambio social y de esta forma hacer efectiva la necesaria conexión entre teoría y prácticas, entre investigación y acción social (Rodríguez, 2004: 775).

humano, los «[...] auténticos protagonistas de esta historia, a menudo olvidados por reflexiones abstractas o por empirismos superficiales que las urgencias políticas perpetran a espaldas del detalle y la comprensión de los procesos sociales» (Mateo Dieste, 2010: 18).

Las concepciones del cuerpo y la curación, las creencias, representaciones y prácticas relacionadas con la salud-enfermedad de los sujetos de estudio, así como los sistemas o tradiciones médicas que les dan coherencia, se intentan explicar y comprender teniendo en cuenta sus conexiones con los contextos históricos, político-sociales, religiosos y económicos en transformación en Marruecos y en España, vinculados a su vez a dinámicas más amplias, regionales y mundiales. En este mismo sentido Menéndez (2012: 65) explica la necesidad de no reducir los enfoques cualitativos sólo a sujetos, experiencias y procesos microsociales, y propone que se incluyan siempre en ellos los procesos estructurales tanto económico/políticos, sociales y simbólicos con los que se conectan. Él recomienda también otro aspecto metodológico importante que se ha tenido muy en cuenta en esta investigación sobre la inmigración marroquí en Castellón: problematizar la realidad, «detectar lo que la información obtenida explica, y lo que no explica, y especialmente detectar qué problemas ni siquiera son tomados en cuenta, pese a que los mismos son parte central de los temas y actores estudiados» (Menéndez, 2012: 65). Todo ello aconseja que este trabajo no sea abordado desde un diseño lineal -propio del positivismo lógico- sino desde la flexibilidad del método etnográfico y el análisis cualitativo de los datos -de la información-, de forma que podamos comprender e interpretar las creencias, las representaciones y las experiencias de los participantes, e identificar de qué maneras éstas contribuyen a la convivencia intercultural en el campo de la salud. A través del método interpretativo se intentará pues,

[...] combinar el análisis minucioso de los detalles finos de la conducta de los participantes y sus significados en la interacción social cotidiana, con el análisis igualmente profundo y meticuloso del contexto social más amplio -el campo de las influencias sociales- dentro del cual ocurren las interacciones personales (Ruíz Olabuénaga, 2007: 21).

También hay que señalar que el diseño de esta investigación ha intentado articular de forma coherente objetivos, hipótesis y muestra seleccionada y no es puramente inductivo sino *proyectado/programado*, en tanto en cuanto ha incluido la elaboración de un marco teórico/conceptual del que surgieron las primeras hipótesis y

un proceso de documentación previa al trabajo de campo que ha continuado durante todos los pasos del proceso de investigación. Al mismo tiempo contiene la fuerte impronta de los *diseños emergentes* ya que, a medida que avanzaba el trabajo de campo y la recogida de los datos, hubo que tomar decisiones que afectaron al propio diseño como, por ejemplo, reformular las hipótesis a la luz de los nuevos datos recolectados en el campo.⁸⁷

A pesar de manejar algunos conceptos y reglas propias del método hipotético-deductivo/cuantitativo como son plantear un marco teórico previo, formular hipótesis, o denominar variables a los conceptos principales de la investigación, es de resaltar que este trabajo no ha sido diseñado para producir correlaciones estadísticas válidas, ni establecer generalizaciones que el diseño de la muestra no hubiera aconsejado. Lo que se ha pretendido con la metodología cualitativa seleccionada ha sido descubrir asociaciones, establecer comparaciones, conocer significados y encontrar interpretaciones de los fenómenos estudiados que le otorguen la mayor *solidez* posible.

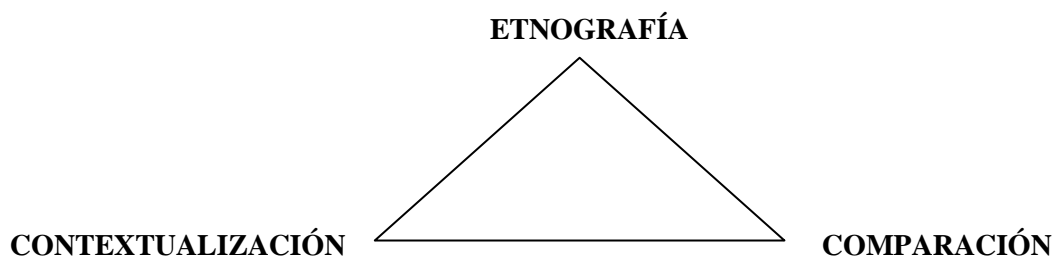
Como Menéndez propone,

La investigación cualitativa debe cumplir -al igual que la estadística- todos los pasos básicos de un proyecto de investigación. Es decir, debe plantear el o los problemas a investigar, formular interrogantes, objetivos e hipótesis hasta generar el análisis de la información pasando previamente por la definición de los conceptos básicos a usar, la revisión de antecedentes, el diseño de la obtención de la información y obviamente la obtención de la misma (Menéndez, 2012: 64)

Observar, registrar, describir, interpretar: el método etnográfico tiene un papel vertebrador y crucial en esta investigación. Los estudios comparativos y los estudios de campo son los dos métodos básicos en antropología, siendo la etnografía el proceso metodológico global que caracteriza la antropología social, y el trabajo de campo *-field work-*, la fase primordial de la investigación etnográfica y único medio para la observación participante, en el que se recopilan y registran los datos (Rosi y O'Higgins, 1981: 158; Velasco y Díaz de Rada, 2003: 17-18).

⁸⁷ Las entrevistas informales previas a la elección de la muestra definitiva y las dos primeras entrevistas realizadas sirvieron de estudio piloto a partir del cual se reformularon las hipótesis iniciales y se rediseñó también la entrevista semiestructurada definitiva. En el Capítulo 6 se mostrará cómo este diseño emergente ha conducido también a realizar una codificación flexible del lenguaje eligiendo de manera inductiva categorías de análisis de los datos a partir de los discursos de los/las informantes y de las notas de campo.

La etnografía, según Pujadas (2004:18), tiene una doble significación: como *proceso* a través del cual se consiguen conocimientos sobre una determinada realidad sociocultural mediante la aplicación de un conjunto de técnicas de campo, y como *producto*, textual o audiovisual, resultado del proceso de análisis e interpretación que el/la antropólogo/a hace de ese conocimiento adquirido. Para él, la etnografía forma parte del denominado *triángulo antropológico* junto con la comparación y la contextualización:



Fuente: Pujadas, 2004: 18

El reto metodológico de este trabajo ha sido integrar los tres vértices de este *triángulo antropológico*, siendo el trabajo etnográfico la fuente primaria, y la comparación la estrategia de conocimiento de la inmigración marroquí en Castellón y de sus formas de abordar los procesos de salud-enfermedad-atención. A lo largo de todo el proceso la contextualización histórica, demográfica, sociopolítica y económica de este colectivo de migrantes, como complemento necesario de la etnografía, he querido establecer las coordenadas espaciotemporales que permitan interpretar con la mayor profundidad y amplitud posibles cómo se articulan y qué aportan a la convivencia intercultural sus creencias, prácticas y representaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad-atención, sabiendo que estos procesos deben entenderse siempre dentro de un marco más amplio que el estrictamente local y mostrando, en la medida de lo posible, algunas contingencias que modelan su experiencia como migrantes.

Como elemento central del enfoque hermenéutico/interpretativo el diseño elegido contempla también la práctica de un tipo de *etnografía multisituada* que incorpora material etnográfico de las observaciones directas en el campo y de las entrevistas, así como de la revisión de una amplia variedad de fuentes documentales de diversas disciplinas y áreas de conocimiento (Antropología de la Salud, Sociología, Filosofía, Enfermería, Medicina, entre otras) relacionadas con el objeto de estudio. Se pretende asumir también la interdisciplinariedad como espina dorsal de esta investigación, y no obviar la transversalidad metodológica y disciplinar que le aportan

los Estudios de Paz, que enriquecen y ayudan a comprender la complejidad de la realidad sociocultural de la inmigración marroquí en Castellón.

En este trabajo se han intentado seguir las fases generales de la práctica de la *investigación biográfica* (Sanz, 2005: 105):

- *Observación y escucha*: con la delimitación de objetivos, selección de la muestra y elaboración de una guía de trabajo, localización y recogida de información y observación participante.
- *Comparación y escritura*: con la transcripción, registro y presentación de las entrevistas y el análisis de los datos con la modalidad de exploración analítica elegida.

La fase de análisis de los datos y redacción comenzó a partir de 2010 cuando el trabajo de campo empezó a ocupar menor cantidad de tiempo. Para el análisis de los datos se han seguido las recomendaciones de la Teoría Fundamentada -*Grounded Theory*- de Glasser y Strauss, que se ha concretado en el análisis interpretacional de los datos a través de su *codificación*.⁸⁸ Como se verá en el Apartado 6.1, a la hora de elaborar la matriz para dicho análisis, la Teoría Fundamentada ha sido una guía pero no se ha aplicado esta técnica de manera exhaustiva porque el diseño de esta investigación no es estrictamente inductivo. No obstante, la Teoría Fundamentada ha sido muy útil para establecer, en líneas generales, dos fases en el proceso de codificación: una primera fase abierta, en la que se han fragmentado los datos con el objetivo de buscar categorías relevantes para el análisis, y una fase teórica en la que mediante la creación de *códigos sustantivos* emergentes de los datos y la búsqueda también de *códigos teóricos o conceptuales* se han reagrupado los datos para conseguir una perspectiva más integradora y amplia del problema de investigación. El motivo de este proceder es claro: con la codificación abierta se produce una fragmentación de los datos y con la codificación teórica conseguimos una integración de los mismos, introduciendo conceptos de mayor nivel de abstracción que permitan encontrar relaciones, propiedades, dimensiones y explicaciones teóricas mejores, más densas y profundas del

⁸⁸ La codificación es una parte importante del proceso de preparación de los datos para que puedan ser analizados de manera más exhaustiva y adecuada. Se trata pues de organizar/disponer la información o los datos brutos de la mejor manera para que puedan ser analizados. El establecimiento de dominios, subdominios y categorías de análisis es una modalidad de organizar los datos recogidos en los relatos o respuestas verbales de los informantes.

problema que estamos investigando, además de permitir que los datos fragmentados de que disponemos en esa primera fase abierta de codificación de la información, se puedan agrupar y unir de nuevo dentro de categorías significativas. Elaborar códigos, o familias de códigos teóricos permite pues ir más allá de la mera descripción de lo que ocurre en el o los escenarios o contextos de la investigación, generando explicaciones teóricas (Trinidad y otros, 2006: 47-51).

La metodología empleada es, en definitiva, el resultado de intentar utilizar los instrumentos que ofrece la estrategia de investigación cualitativa que hace posible disminuir la distancia entre los/las investigadores/as y los sujetos de estudio, rescatando sus puntos de vista y sus percepciones desde una posición intersubjetiva más igualitaria. De esta forma, el empleo de la metodología cualitativa en este trabajo,

[...] puede constituirse en una postura de reacción contra la rigidez del positivismo respecto a la comprensión de la realidad sociocultural y una medida de empoderamiento de los sujetos de estudio. Su utilización permite comprender las experiencias de vida y vivencias en la salud y la enfermedad de los sujetos a los que se pretende estudiar, escuchar sus re-significaciones en primera persona y dotarles de protagonismo en el proceso de salud-enfermedad-atención (Gijón y otros, 2006: 127).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, las principales herramientas metodológicas escogidas para esta investigación han sido la *comparación*, las *historias de vida* y *entrevistas semiestructuradas en profundidad* focalizadas en los procesos de salud-enfermedad-atención, así como la *observación semiparticipante*.

3.1.1. La comparación

Velasco y Díaz de Rada (2003: 31-44) nos recuerdan que toda etnografía *teóricamente interesante* debe trascender el contexto local, nutrirse de documentación comparativa y exige, como mínimo, la comparación entre la cultura estudiada y la cultura de procedencia del investigador/a. La comparación hace posible la comprensión del objeto de estudio a través de la actitud de *extrañamiento* que permite al investigador/a aproximarse a los grupos humanos diferentes del propio con curiosidad, con la intención de producir conocimiento y, sobre todo, con el reconocimiento de que todos los grupos humanos (incluido el propio) tienen pautas de comportamiento que son socialmente construidas.

Rossi y O'Higgins (1981:180) hacen hincapié en que el análisis comparativo es habitual en todos los niveles del trabajo antropológico, siendo el nivel más elemental el que se establece en el campo al comparar las actividades de los miembros de una determinada cultura o grupo para determinar, o encontrar, todo aquello que tienen o no en común, es decir las diferencias y las similitudes.

Así pues la meta, los objetivos y la amplitud de la comparación pueden variar considerablemente en función del objeto y de los sujetos de estudio.

En este trabajo este nivel más elemental de comparación se ha realizado al elegir a la comunidad marroquí en Castellón y entender que la aparente homogeneidad cultural que se otorga a este grupo humano en base a su nivelación según su origen étnico (tamazight-árabe), religión (Islam mayoritario), o nacionalidad (marroquí), no da cuenta de su enorme heterogeneidad interna. Plantear la cultura de cualquier grupo humano “en singular” no deja de ser un reduccionismo que carga sobre lo cultural todo el peso explicativo de fenómenos complejos que no tienen en la cultura, o pueden no tener, la única o principal explicación. En este trabajo se quiere hacer hincapié en el hecho de que la cultura marroquí, como Mateo Dieste afirma, no es una excepción al respecto y por ello tampoco puede plantearse en singular: su diversidad es producto de fenómenos de modernización como la urbanización, industrialización o transnacionalidad y, además, «[...] las diversidades que podemos llamar étnicas, basadas sobre todo en cuestiones lingüísticas e identitarias, el cuerpo, la salud y sus rituales respectivos, presentan una notable variabilidad en función de clase, género y regiones, o concepciones del mundo y la religión» (Mateo Dieste, 2010: 20).

La complejidad y diversidad de fenómenos que se relacionan con el objeto y sujetos de estudio se ha intentado manejar desde esta metodología comparativa que contemple la mayor cantidad posible de variables; la idea es reflejar tanto la homogeneidad como la heterogeneidad internas del grupo estudiado, y la diversidad de sus contextos biográficos y socioculturales.

Otro nivel de comparación sistemática ha sido el derivado de relacionar la documentación manejada sobre el objeto de estudio y el material empírico resultante de la observación y las entrevistas. Las diferentes tradiciones médicas o sistemas médicos vigentes en la sociedad de origen y en la de acogida de los y las inmigrantes han sido también objeto de comparación.

No ha sido posible contrastar y comparar la información mediante la realización de trabajo de campo y entrevistas a los familiares de los inmigrantes en Marruecos. Motivos personales que incluyen dificultades insalvables en el ámbito laboral y familiar, y la ausencia de financiación que me permitiera viajar y permanecer en Marruecos periodos de tiempo variables y realizar allí trabajo de campo, no han hecho factible esta idea inicial.

3.1.2. El método biográfico: las historias de vida⁸⁹

El trabajo del investigador social consiste fundamentalmente en interpretar mundos de vida que ya están interpretados y que son reinterpretados constantemente por los sujetos de la acción social. De esta forma, para comprender los comportamientos de las personas es necesario que nos aproximemos a ellas de forma que podamos tener acceso a los significados que guían esos comportamientos (Velasco y Díaz de Rada, 2003: 35). Por otra parte, numerosa literatura metodológica muestra la importancia de incorporar el punto de vista de los sujetos de estudio en las investigaciones socio-antropológicas. La oralidad se convierte pues en una herramienta imprescindible y complementaria de otras técnicas de recogida de información (Aixelá, 2000; Arjona y Checa, 1998; Hammersley y Atkinson, 1994; Prat, 2004; Pujadas y otros, 2004; Pujadas, 1992; Olivier de Sardan, 1995; Ruíz Olabuénaga, 2007; Velasco y Díaz de Rada, 2003).

La fuente primordial de los relatos de vida es «la persona» y el testimonio que ésta proporciona, en su doble faceta de individualidad única y sujeto histórico. En ella confluyen dimensiones psicológicas y contextuales cuya interacción genera una manera peculiar de construir y narrar su experiencia pasada,

⁸⁹ En investigación social hay una gran cantidad de términos y técnicas que se relacionan con el método biográfico. *Biografía* y *autobiografía* son quizá los más conocidos, pero hay muchos más: *diarios personales*, *colecciones epistolares*, *fotografías*, *películas*, *videos*, *registros iconográficos*, *objetos personales*. Como registros personales obtenidos por encuestas encontramos las *historias de vida*, dentro de las cuales podemos distinguir entre *life story* o *récit de vie*, *relato de vida* que hace referencia a la historia de una vida tal y como es contada por la persona que la ha vivido, entendida también como transcripción literal de las sesiones de entrevista que el etnógrafo/a realiza con el sujeto; por otra parte tenemos la *life history*, *historie de vie*, o *historia de vida* propiamente dicha, que comprende no sólo los relatos de la vida del informante sino otros tipos de información y/o documentación adicional que permiten reconstruir su biografía de forma más exhaustiva. Se entiende también como texto final que se entrega al lector/a (Pujades, 2004: 227; Sanz, 2005: 102). En esta investigación se han manejado ambas estrategias, aunque los/as informantes que acompañaron sus relatos de información adicional -fotografías fundamentalmente-, no prestaron estos documentos para su inclusión en este texto. Para unificar la terminología en la redacción de este trabajo hablaremos de historias de vida y no de relatos de vida, aunque en estricto sentido se han manejado ambos procedimientos.

siempre en clara relación con la situación presente y los proyectos de futuro. La práctica de la investigación biográfica es impensable sin recurrir a los conceptos de ‘identidad’, ‘memoria’ y ‘sociabilidad’, diferentes pero perfectamente imbricados (Sanz, 2005: 106)

El valor de las historias de vida como técnica etnográfica en la investigación social está fuera de toda duda, de ahí que en esta investigación tenga un papel central en la obtención de datos. Autores, como Ángeles Arjona y Juan Carlos Checa han mostrado la trayectoria histórica de esta técnica cualitativa desde que comenzara a ser utilizada por los sociólogos de la Escuela de Chicago a principios del siglo XX, y la consideran un buen recurso para el restablecimiento, sin complejos metodológicos, de la cientificidad apoyada en lo cualitativo; ellos han mostrado, además, la relevancia de la entrevista biográfica aplicada al estudio de las migraciones (Arjona y Checa, 1998: 4).

De esta forma, el método biográfico -o *método humanístico* como Kenneth Plummer prefiere llamarle⁹⁰ -se ha configurado como herramienta metodológica imprescindible en este trabajo porque reconoce y hace protagonistas a las personas - los/las migrantes marroquíes en Castellón- y sus vivencias subjetivas, ya que, a través de sus discursos podemos acceder, conocer, comprender e interpretar sus condiciones materiales de vida, los factores socioculturales y religiosos específicos que modelan sus formas de entender su vida personal y social y cómo ellos/ellas las explican y significan, ya que,

[...] los relatos personales son una especie de termómetro que nos permite mostrar la complejidad extrema de las trayectorias vitales de los sujetos (y también de los grupos primarios: familia, pandilla, hermandad, pequeña comunidad), mostrando la irreductibilidad (parcial) de estos procesos a los modelos normativos de la sociedad (Pujadas, 1992: 43)

La historia de vida es una técnica de campo que permite mostrar la dimensión *emic* de la cultura y conectar la perspectiva *micro* de las trayectorias vitales de los sujetos, con los procesos y fenómenos (*meso* y *macro*) histórico-sociales. En esta investigación, siguiendo de nuevo a Pujadas, la utilización del método biográfico ha querido también que «[...]els actors socials estudiats deixen de ser en aquest enfocament representants arquetípics de la seva societat per a esdevenir ens complexos

⁹⁰ En Pujadas, (2004: 242), la cita original se puede encontrar en, PLUMMER, KENNETH, (1989): *Los documentos personales*, Madrid, Siglo XXI.

amb dret a la seva pròpia subjectivitat» (Pujadas y otros, 2004: 239).⁹¹ Las historias de vida hacen posible también una visión más holística de los sujetos estudiados y de los fenómenos que se quieren estudiar, ayudan a conocer las cosmovisiones a través de las cuales una población simboliza e interpreta la realidad, le da sentido y valor y se coloca operativamente frente a ellas, haciendo visible el carácter no fragmentario ni arbitrario de las representaciones y prácticas relativas a la salud y a la enfermedad (Seppilli, 2000: 41). Los procesos de salud, enfermedad y atención de los y las migrantes marroquíes en Castellón no se dan como elementos o sucesos aislados o inconexos del resto de sus experiencias vitales: haber indagado en ellos sin tener en cuenta como ellos y ellas narran sus vidas hubiera supuesto fragmentarlos y descontextualizarlos, cuando lo que se pretende precisamente es todo lo contrario.

Creí que los procesos de salud-enfermedad-atención de mis informantes no podrían ser entendidos en profundidad y, sobre todo no podrían ser relacionados con la convivencia intercultural en el ámbito de la salud sin el soporte de sus narrativas, de las historias biográficas de las que son parte, y creí también en la necesidad de combinarlas con las entrevistas focalizadas en dichos procesos.

3.1.3. Entrevistas semiestructuradas focalizadas en los procesos de salud-enfermedad-atención

*L'entretien reste un moyen privilégié, souvent le plus économique, pour produire des données discursives donnant accès aux représentations émiqes (emic), autochtones, indigènes, locales. Ce sont les notes et les transcriptions d'entretiens qui constituent la plus grosse part des corpus de données de l'anthropologie (Olivier de Sardan, 1995:71-109).*⁹²

En el transcurso del trabajo de campo, además de las historias de vida, se realizaron también *entrevistas en profundidad, semiestructuradas*, a los/las integrantes de la muestra. Focalizadas en los procesos de salud-enfermedad-atención, estas entrevistas han tenido por objeto obtener información más precisa, específica y

⁹¹ Traducción propia: «[...] los actores sociales estudiados dejan de ser en este enfoque representantes arquetípicos de su sociedad para convertirse en entes complejos con derecho a su propia subjetividad».

⁹² Traducción propia: «La entrevista es en un medio privilegiado, a menudo el más económico, para producir datos discursivos y permitiendo el acceso a las representaciones *emic*, autóctonas, indígenas, locales. Son las notas y las transcripciones de las entrevistas las que constituyen la parte más importante del corpus de datos de la antropología»

complementaria sobre las creencias de salud, rituales religioso-terapéuticos y prácticas sanitarias de los y las informantes, que las historias de vida, por su amplitud, no siempre reflejaban con la suficiente concreción y riqueza de datos.

En el trabajo de campo, a través de la utilización de esta doble estrategia de entrevistas, se han querido identificar también correlaciones sociales, órdenes ideológicos y religiosos y equilibrios subjetivos bien arraigados entre los y las migrantes marroquíes. Las historias de vida me ofrecieron un marco interpretativo a través del cual asomarme al mundo social y experiencial de los/las inmigrantes marroquíes y me facilitaron la comprensión de sus modos de construir y dar sentido a sus vidas; las entrevistas semiestructuradas en profundidad se concentraron -se focalizaron- en una parte de su experiencia vital, lo que me permitió conseguir información más exhaustiva sobre mi objeto de estudio. Todas ellas se realizaron siempre tras las entrevistas de la historia de vida. Se consideró que esta doble técnica de recogida de información y esta secuenciación de las entrevistas iban a permitir la construcción de un texto cualitativo mucho más rico no sólo en cuanto a la cantidad de información, sino también en la densidad de sus contenidos explicativos, analíticos e interpretacionales.

Elegir para este trabajo ambas estrategias de recolección de datos ha supuesto una permanencia en el campo mayor a la prevista inicialmente en la fase de elaboración del proyecto de investigación. Esto ha sido un hecho muy positivo porque ampliar hasta 35 meses los tiempos de observación e interacción con los sujetos de estudio y con sus familias me facilitó la comprensión de comportamientos y actitudes que de otra manera es posible que hubieran quedado sin detectar ni explicar.

Jordi Roca (2004: 88) explica el amplio espectro de formas de entrevista que pueden ser un instrumento de investigación rígidamente estructurado y estandarizado (Ej. encuestas de opinión, cuestionarios, etc), o bien pueden ser instrumentos no estructurados, flexibles y dinámicos. En cualquier caso, la diferencia no reside en que unas sean estructuradas y otras “desestructuradas”, ya que todas ellas siguen una cierta estructura tanto por parte del entrevistador/a como de la informante. La diferencia reside en que unas, las entrevistas etnográficas, entrevistas cualitativas en profundidad, son reflexivas y flexibles y las otras son estandarizadas. Esto significa que el/la etnógrafo/a no acude a la entrevista con una lista de preguntas decididas con antelación, sino más bien, o simplemente, con una lista de temas sobre los que interesa hablar, incluidos en

una *guía de la entrevista*. Roca cita cuatro tipos de entrevista etnográfica cualitativa: *entrevistas informales; entrevistas no estructuradas/no dirigidas; entrevistas semiestructuradas, dirigidas o focalizadas; entrevistas en grupo o entrevistas grupales* (2004: 88-95). Durante el trabajo de campo de esta tesis se han empleado conjuntamente las tres primeras modalidades. Las informales han sido constantes a lo largo de todo el tiempo de observación semiparticipante y la información -los datos- aportados por ellas volcados en un cuaderno de campo; de las no estructuradas dan buena cuenta las historias de vida realizadas y de las entrevistas en profundidad semiestructuradas, como ya se ha explicado, todas las realizadas para complementar y focalizar la información en los procesos de salud-enfermedad-atención.

3.1.4. Observación semiparticipante

Esta investigación se puede enmarcar dentro de las tendencias contemporáneas de lo que se ha venido a llamar *nueva etnografía*, que «[...] s'orienta cap a una pràctica menys marcada pel treball de camp, concebut a l'estil clàssic, com l'estada de llarga durada de l'etnògraf a un sol lloc d'escala reduïda. Aquest tipus d'aproximació emergent es caracteritza per una deslocalització de l'etnografia» (Pujadas, 2004: 263).⁹³ No obstante, no se puede olvidar que, tal y como señala Amezcua, la observación participante es algo más que una técnica: es la base de la investigación etnográfica que trata de comprender los fenómenos indagando en su intencionalidad. Observar es mirar y ver mientras se convive: lo que dicen los sujetos de estudio y cómo lo dicen, lo que sienten, lo que piensan, cómo actúan e interactúan, como viven y trabajan, los objetos que utilizan en su vida cotidiana, el hábitat y la ocupación del espacio donde se desarrolla su vida personal y social, cómo manejan el tiempo, los acontecimientos inesperados (Amezcua, 2000: 31).

La población inmigrante marroquí se distribuye de manera desigual a lo largo de los municipios del área costera y prelitoral de la Provincia de Castellón, así que, en un primer momento, y por motivos pragmáticos, elegí para la observación la ciudad de

⁹³ Traducción propia: «se orienta hacia una práctica menos marcada por el trabajo de campo, concebido al estilo clásico, como la estancia de larga duración del etnógrafo en un solo lugar de escala reducida. Este tipo de aproximación emergente se caracteriza por una deslocalización de la etnografía»

Castellón de la Plana y los municipios de su área metropolitana.⁹⁴ Como ya se ha apuntado en la introducción de esta tesis y más adelante se explicará, finalmente la observación se concretó sólo en dos ciudades: Castellón de la Plana y Vila-real.

La observación semiparticipante se realizó mediante la exploración repetida de los barrios donde se concentra mayor población de origen magrebí en las dos ciudades elegidas, y siempre y en todos los casos, las observaciones de los barrios se complementaron con las efectuadas en las casas de los/las inmigrantes, así como en la mezquita (Centro Cultural Islámico) de Castellón.

Estas observaciones han continuado más allá del espacio temporal del trabajo de campo con visitas y encuentros informales posteriores que se han mantenido, en algunos casos, hasta hoy en día.

La confianza con las familias marroquíes se consolidó a través de diversos contactos previos a la realización de las entrevistas que incluyeron visitas a sus domicilios, tardes completas de charlas y meriendas y, en bastantes ocasiones, visualización de fotografías familiares. Yo les quería conocer, pero ellas y ellos también sentían curiosidad por mí.⁹⁵ El interés era mutuo. La hospitalidad, una constante en sus esquemas relacionales, vino a facilitar, hacer agradable y entrañable mi tarea.

Así pues, la observación y participación en diversas actividades familiares y sociales a las que a menudo era invitada complementaron la recogida de datos: meriendas informales, cumpleaños, celebraciones por el nacimiento de sus hijos *-aqiqa-*, y celebraciones relacionadas con el ayuno del Ramadán: el *iftar*, la ruptura del ayuno diario durante el Ramadán tan pronto como comienza la llamada para la oración

⁹⁴ El área Metropolitana de Castellón forma parte de una iniciativa político-institucional que intenta conectar y vincular municipios próximos a la capital de la provincia y potenciar sus relaciones económicas y sociales, así como sus infraestructuras de servicios. Los pueblos y ciudades de esta área metropolitana son: Castellón de la Plana, Almazora, Vila-real, Borriana, Benicàsim, Borriol, y un poco más alejados, Vall d'Uixó, Onda, Nules y Oropesa del Mar.

⁹⁵ Como resultado de la pobre vinculación social de este colectivo de inmigrantes no suele ser habitual que españoles/las entren en sus casas y se interesen por sus vidas. Una de mis informantes me expresó la sorpresa que esto le causó cuando nos conocimos y cómo nuestros sucesivos encuentros le sirvieron para expresar con palabras los sentimientos acerca de su proceso migratorio que nunca antes había exteriorizado. Me dijo que nuestras conversaciones le habían permitido “sacar de adentro” recuerdos, emociones y sentimientos, algunos de ellos dolorosos. Me dijo que nadie aquí, en España, desde su llegada, se había interesado por su vida personal y que echaba mucho a faltar esas interacciones de proximidad/hospitalidad/amistad/familiaridad que en Tetuán, su ciudad, eran habituales entre familiares e, incluso, entre vecinos.

de la tarde -*maghrib*- como manda la Sunna del Profeta; o la invitación a participar del *Eid al Fitr*, la fiesta que marca el fin del ayuno de Ramadán.

3.2. Diseño del plan de muestreo

Como suele ser habitual en el trabajo etnográfico, poco o nada de lo que se planifica ocurre como se había pensado. Aunque mi interés ya estaba puesto en la inmigración magrebí y el mundo árabe musulmán, temía la dificultad que mi desconocimiento de la lengua árabe podía suponer para el desarrollo del trabajo de campo. Pero, al mismo tiempo, tenía sobradas razones para persistir en el intento.

Dentro de mi interés por la temática de las migraciones humanas, las características diferenciales socioculturales y religiosas de este colectivo de migrantes árabe musulmanes marroquíes me parecieron especialmente interesantes y susceptibles de ser estudiadas y comparadas con las de la sociedad de acogida. Además, poco o nada conocía de sus vicisitudes como migrantes y una primera revisión documental me mostró que no había estudios relevantes relacionados con el campo de la salud de este colectivo en la Comunidad Valenciana, y menos aún en Castellón. Las fuentes documentales que pude encontrar bien tenían un perfil exclusivamente biomédico o no eran específicas sobre inmigración marroquí que, como ya se ha comentado en el apartado de revisión de la literatura, a menudo, queda subsumida dentro de la categoría de *inmigración magrebí* en el mejor de los casos o como *inmigración africana* en otros. Ninguno que abordara de forma específica y desde una perspectiva sociocultural la salud de los y las inmigrantes marroquíes en Castellón. Menos aún que lo hiciera desde la perspectiva de los Estudios de Paz. Tampoco encontré fuentes documentales que relacionaran las dos variables principales de mi investigación: la salud y la convivencia interculturales.

Todas estas razones hacían más complejo mi trabajo y también le daban sentido.

En última instancia, elegir hacer el trabajo de campo y buscar la muestra en Castellón de la Plana (comarca de la Plana Alta) y Vila-real (comarca de la Plana Baja) tuvo dos razones pragmáticas:

- 1.- Mis informantes me llevaron a personas de su propia red social que vivían en estas dos ciudades. No encontré vías de acceso efectivas a inmigrantes marroquíes en otros pueblos o ciudades del Área Metropolitana de Castellón de la Plana.

2.- Castellón de la Plana y Vila-real son las dos ciudades con mayor concentración de población inmigrante y de población marroquí en particular, como más adelante se verá. Ambas ciudades son, junto con Benicarló y Vinarós, al norte de la provincia, los núcleos receptores de mayor población inmigrante de toda la provincia y también de migrantes de origen marroquí. La distancia de estas últimas localidades a Castellón, mi lugar habitual de residencia y trabajo y, sobre todo, la ausencia de contactos que me acercaran a la población marroquí que vive en ellas, me indujeron a excluirlas de mi trabajo de campo.

No fue difícil comprobar que, como suele ser frecuente en los diseños emergentes, son las condiciones de acceso al campo y sus limitaciones las que obligan a replantear e introducir modificaciones en su diseño.

3.2.1. Organizar la muestra

Se ha procurado que la muestra definitiva fuera lo más heterogénea posible, es decir, que incluyera la mayor combinación posible de variables que aseguraran esa heterogeneidad. No se siguieron criterios de aleatoriedad ni se buscó conseguir una muestra representativa de la población de inmigrantes marroquíes en Castellón que hubiera sido imposible de organizar, observar y entrevistar dentro de un estudio de estas características y limitaciones.

Según Sanz (2005: 109), en los estudios cualitativos no es imprescindible especificar de antemano ni el número ni el tipo de informantes. La gran cantidad de datos que deben ser manejados cuando se trabaja con fuentes orales aconsejan, además, perseguir criterios de *significatividad* más que de *representatividad* de la muestra y no arriesgarse a diseñar una muestra rígida que nos haga perder riqueza y profundidad en información, dentro de un proceso de *descubrimiento* más que de *búsqueda* que incorpora el carácter retrospectivo, longitudinal y subjetivo. Siguiendo estas pautas, para este trabajo elegí un tipo de *muestreo teórico* que hiciera posible diseñar una muestra flexible con el fin de obtener información rica y densa sobre los distintos fenómenos estudiados; una muestra que me permitiera incluir informantes según las necesidades y marcha de la recogida de datos y que, finalmente, me permitiera, en la medida de lo posible, *saturar* la información sobre los temas más relevantes, ya que de esta forma,

[...] es la propia investigación la que le dice al investigador en qué momento la información comienza a ser repetitiva o el fenómeno que se pretendía comprender está claro [...] el número de casos no tiene mayor relevancia, lo importante es el potencial de cada uno de ellos (Sanz, 2005: 109).

Por tanto, lo importante para mí no fue tanto decidir la cantidad de informantes sino que las personas elegidas configuraran una muestra lo más heterogénea posible en la que las variables que la definen estuvieran representadas. Siguiendo este criterio, *sexo, edad entre 25 y 50 años, origen rural y urbano, tiempo de residencia en España, situación administrativa y laboral, nivel de estudios y clase social* son las *variables categóricas y atributivas* que se han tenido en cuenta a la hora de diseñar la muestra y establecer comparaciones.

En los estudios cuantitativos las variables son aquellas características o cualidades de un colectivo de personas, una situación o un fenómeno, condiciones sociales, ambientales, etc. que puede tener valores distintos, es decir, que pueden ser observables y medibles (cuantificables). En los estudios cualitativos como el que aquí se presenta no se pretende definir operacionalmente las variables sino que se espera que sean los propios informantes/participantes quiénes definan los contenidos y significados de los conceptos que se manejan. En esta tesis, las dos variables principales, los procesos de salud-enfermedad-atención (variable independiente) y la convivencia intercultural en salud (variable dependiente) sólo intentan mostrar al lector en qué sentido/dirección se producen las influencias. Lo mismo ocurre con las variables que se incluyen en la muestra que influyen o pueden modificar las diferentes maneras de percibir, significar y vivir los procesos de salud-enfermedad-atención de los/las inmigrantes marroquíes. Lo importante para mí era encontrar *patrones de asociación* que me permitieran entender los significados de los relatos de los/las informantes.

Así pues, en relación a la pregunta ¿cuántas personas debían ser incluidas en la muestra definitiva?, intenté buscar la respuesta en la naturaleza de las hipótesis de la investigación, pero sobre todo y fundamentalmente la respuesta vino de la mano de las limitaciones de los medios disponibles para realizar esta investigación.

Mediante el uso de la *técnica de bola de nieve*, con la ayuda de mis *padrinos de campo*, informantes clave y *porteros de campo*⁹⁶ a la vez, se fue tejiendo una pequeña red de posibles inmigrantes marroquíes que incluir en la muestra.

Aunque era mi objetivo que la muestra fuera lo más heterogénea posible pronto comprobé que no iba a ser un objetivo realizable fácilmente, ni en la manera prevista: los y las inmigrantes a los que yo pude acceder respondían a algunas de las posibles combinaciones de variables pero no a otras; además, combinarlas todas ellas tomando el sexo/género como variable atributiva principal hubiera supuesto un número elevado de sujetos que no era factible encontrar.⁹⁷ Los problemas fueron diversos: el primero de ellos fue encontrar migrantes de origen rural. Es frecuente que los y las inmigrantes recién llegados tiendan a instalarse en los enclaves a los que previamente llegaron sus familiares y amigos y, tanto en Castellón de la Plana como en Vila-real, la mayoría de los inmigrantes marroquíes a los que tuve acceso provenían casi en exclusividad de ciudades del norte de Marruecos como Tánger, Tetuán, Chefchauen o Alhucemas y todos ellos referían origen urbano y no rural.⁹⁸ En este sentido la inmigración marroquí en Castellón no es una excepción ya que, como es sabido,

La concentración territorial de la inmigración por orígenes es uno de los procesos en que resulta más pertinente o relevante el modelo analítico de redes. Modelo que, como vimos, formula la acumulación de ventajas que tal concentración por origen supone para las personas inmigradas: aumento del

⁹⁶ La figura del *portero/a de campo*, según Hammersley y Atkinson es la de aquella /as personas que de manera formal o informal actúan de mediadores/as entre el/la etnógrafo/o y el contexto social o institucional y las personas que se propone estudiar. Por la posición institucional o personal que ocupan dentro del grupo, los porteros pueden bloquear o facilitar el acceso al campo. La figura del *padrino de campo* es también la del mediador/a que le facilita al investigador/a el acceso al campo y la confianza de los sujetos de estudio. Sin un *padrinazgo informal* es más difícil acceder al campo, aunque bien es cierto que ese padrinazgo informal se puede conseguir a través de redes ya existentes basadas en la amistad, el parentesco, las relaciones de trabajo, etc, y no sólo por parte de personas ajenas al investigador/a (1994: 72-84)

⁹⁷ No me fue posible encontrar, por ejemplo, mujeres y hombres de origen rural con estudios medios o superiores.

⁹⁸ Como ya había sido advertida por uno de mis *padrinos de campo*, mediador intercultural, no es frecuente que un/a marroquí quiera admitir su origen rural porque en Marruecos ser de origen rural, admitir ese origen, se acompaña de estereotipos estigmatizantes. A igual que durante décadas ocurrió en España, “ser de pueblo”, te alejaba del arquetipo ideal y deseable de hombre o mujer “de ciudad”, que por definición debía ser una persona con más estudios, más culta y refinada y con un estatus social más elevado. De esta forma aunque algunos de los informantes reconocían haber nacido en zonas rurales (aldeas de las montañas del Rift), la mayoría referían origen urbano en razón a su residencia en ciudades después de la infancia. No hay que olvidar que en Marruecos el fenómeno de las migraciones internas campo-ciudad, sigue estando muy vigente. Respetando su deseo expreso se les consideró del origen que ellos y ellas expresaron en las entrevistas.

capital social, capital relacional, mayores posibilidades de disponer de oportunidades laborales, amparo familiar, defensa idiomática y cultural, protección del grupo (Piqueras, 2007: 211).

La edad fue otra gran limitación para organizar la muestra: de las cohortes de sujetos que yo había establecido inicialmente según grupos de edad (en un rango entre 25 y 75 años), la mayoría de la muestra se concentró en sujetos entre 25-45 años, es decir, todos ellos y ellas migrantes jóvenes. No me fue posible encontrar personas mayores de 45 años para incluirlas en la muestra. La inmigración marroquí en Castellón es en su mayoría de primera generación, hombres sobre todo, que reclaman a sus conyugues e hijos por reagrupación familiar. Pocas veces vienen hombres o mujeres que por su edad van a tener dificultades para insertarse en el mercado laboral y menos aún los ancianos/as de las familias que suelen quedarse en Marruecos, beneficiarse de las remesas de dinero, regalos, ayudas, que los hijos les mandan y venir de visita a España sólo temporalmente. Las segundas generaciones nacidas en la inmigración son en su mayoría adolescentes, adultos/as jóvenes, o niños pequeños en edad escolar que no podían ser incluidos en la muestra. A partir de ese momento empecé a buscar informantes que, en la medida de lo posible, respondieran a las variables antes mencionadas teniendo muy en cuenta que, como Meñaca hace hincapié:

Cada vez que elegimos una variable para formar grupos humanos y explicar parcialmente lo que ocurre, dejamos otra parte de las diferencias silenciada, sin explicar. La cuestión radica en cuáles son las prácticas o saberes que queremos analizar, y qué características socioculturales resultan más explicativas en ese momento concreto (De Meñaca, 2007a: 108).

Las vicisitudes de acceso a los/las inmigrantes y la secuenciación de los encuentros condicionaron la organización final de la muestra que, siguiendo las dinámicas de un diseño emergente, fue incluyendo progresivamente a los y las informantes con los que fue más fácil la comunicación, las variables de la muestra estuvieran mejor representadas y con los que suponía podría recabar información más relevante sobre mi objeto de estudio. La muestra de migrantes (Tabla 1 en la página siguiente) es la definitiva y no incluye a los y las inmigrantes que, a través de entrevistas informales, fueron una fuente importante de información secundaria.

Nº	Sexo ⁹⁹ /Edad	Origen ¹⁰⁰	Destino	Estudios	Residencia	Situación admin. ¹⁰¹	Clase social (en origen)
I-1	Mujer -35	Meknes (U)	Vila-real	Superiores	4 años	PR+PT	Media
I-2	Hombre-30	Ksar el-Kebir (U)	Castellón	Coránicos	7 años	PR	Media
I-3	Mujer-35	Tánger (U)	Castellón	Primarios	7 años	PR+PT	Trabajadora
I-4	Hombre-34	Tánger (U)	Castellón	Superiores	2,5 años	PR	Media
I-5	Hombre-34	Chefchauen(U)	Vila-real	Superiores	3 años	PR+PT	Trabajadora
I-6	Mujer-28	Chefchauen(U)	Vila-real	Medios	6 años	PR+PT	Media
I-7	Hombre-43	Tetuán (U)	Vila-real	Superiores	8 años	PR+PT	Trabajadora
I-8	Hombre-40	Kasba-Tadla (U)	Vila-real	Superiores	13 años	PR+PT	Media
I-9	Hombre-36	Alhucemas (U)	Castellón	Primarios	8 años	PR+PT	Trabajadora
I-10	Mujer-29	Aldea Tetuán (R)	Castellón	No	3 años	PR	Trabajadora

Tabla 1. Informantes principales inmigrantes en Castellón y Vila-real (periodo 2008-2010).

Elaboración propia.

Además de por su identificación personal con su origen rural o urbano expresada en las entrevistas, se ha considerado su origen rural o urbano en relación al número de habitantes del pueblo o ciudad de nacimiento que refieren, y en función de las principales actividades económicas ligadas al sector primario, secundario o terciario del núcleo poblacional. Hay que tener en cuenta también que la dicotomía rural/urbano presenta problemas de definición y puede invisibilizar las enormes conexiones e interdependencias que hoy en día son habituales en los espacios considerados clásicamente como urbanos y rurales. No obstante, se ha querido resaltar esta variable porque en Marruecos, las diferencias socioeconómicas y culturales entre contextos rurales y urbanos siguen siendo muy notables. Con excepción de una de las informantes el resto de las personas entrevistadas han nacido en ciudades/pueblos que no podrían ser considerandos en estricto sentido del ámbito rural marroquí.

Todos ellos y ellas tienen la tarjeta sanitaria (SIP) que en la Comunidad Valenciana les da acceso en igualdad de condiciones que cualquier ciudadano/a español, a la cartera de servicios públicos de salud siempre y cuando tengan su permiso de

⁹⁹ Se han obviado los nombres de los/las informantes atendiendo a su deseo mayoritario de privacidad.

¹⁰⁰ U=origen urbano. R=origen rural.

¹⁰¹ PR=permiso residencia. PT=permiso trabajo.

residencia en regla y estén empadronados ya que como ya se ha visto, tras la aprobación del *Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*, los inmigrantes adultos que estén en situación administrativa irregular, o que no hayan podido renovar su permiso de residencia sólo tendrán derecho a asistencia de urgencias. Mujeres embarazadas y niños no se verán privados de atención a la salud.¹⁰²

En un intento más de diversificar la muestra, y dadas las limitaciones para acceder a un número significativo de personas entre las que poder elegir, se intentaron buscar también informantes que no estuvieran estrechamente conectados, así por ejemplo, no existía ningún vínculo familiar ni de amistad o relación entre los cinco inmigrantes de Vila-real y los cinco de Castellón de la Plana y, a su vez, las relaciones sociales que unían a unos y otros en cada una de las ciudades no fueron exclusivamente familiares.

Por clase social se entiende cualquier modalidad de estratificación social no basada en el origen étnico. Es importante tener en cuenta que los distintivos de clase típicos (ocupación, nivel económico, nivel de estudios, vivienda, acceso al consumo de bienes, posición social, etc.) no se pueden considerar en Marruecos en los mismos términos que podríamos identificarlos en España. La clase social debe ser definida en función del contexto. Así pues, la variable *clase social* se utiliza en esta investigación en el más estricto sentido weberiano en el que la clase significa, o es equivalente, a posición ocupada en el mercado y, por tanto, se acompaña de situaciones de clase en las que la movilidad social está o puede estar presente. Para ubicar a los informantes de la muestra en una u otra clase social se ha tenido en cuenta el criterio de su propia percepción personal *emic* al respecto, pero fundamentalmente se han seguido criterios *etic* relativos a su nivel de formación, posición social y movilidad social en Marruecos antes de la emigración. En algunos casos su estatus socioeconómico y laboral tras la emigración ha descendido en relación al de Marruecos, y en otros casos su movilidad social ascendente ha sido evidente tras la inmigración. Esta clasificación de su clase social no se corresponde pues necesariamente con la percibida por ellos y ellas, aunque ha intentado acercarse a ella.

¹⁰² Esta norma restrictiva del derecho a la salud entró en vigor después de terminar el trabajo de campo.

3.2.1.1. Códigos de identificación y leyenda

La matriz para el análisis de los datos con las diferentes áreas que serán analizadas, así como las categorías y subcategorías que en ellas se incluyen, se presenta en el *Capítulo 6: El valor de la experiencia: vidas y relatos de inmigrantes*. A la hora de organizar, presentar y analizar los diferentes segmentos textuales que con esas áreas se relacionan, se han querido establecer códigos de identificación de los y las inmigrantes de forma que se puedan asociar los datos con las personas que los han generado, y poder establecer conexiones significativas entre las variables de la muestra que se consideran más relevantes (género, edad, origen rural o urbano, nivel de estudios) y los contenidos de los relatos. El objetivo es no perder significados en el proceso de análisis.

En este estudio los códigos de identificación se utilizan también como una manera de preservar el anonimato de las personas que integran la muestra, ya que todas ellas han manifestado su interés en que así sea. Para ello se ha establecido un código de informante (*In*), donde *n* se corresponde con el número orden cronológico de las historias de vida.

Algunos ejemplos de códigos de identificación:

1-M35-U-CM
10- M29-R-CT
4-H34-U-CM

Leyenda según orden de redacción:

- N° inicial: informante y número de orden según la Tabla 1
- H/M (edad): hombre /mujer y edad de *ego* en el momento de la entrevista
- U/R: origen rural o urbano
- CM: clase media en origen
- CT: clase trabajadora en origen

3.2.2. Diseño, temporalización y contexto de las entrevistas

Una vez seleccionado el objeto y los sujetos de estudio y delimitado el contexto espacial donde realizar el trabajo de campo, llegó el momento de conocer más y mejor

al grupo estudiado: su mundo social, cultura y religión, sus concepciones del cuerpo y sus creencias, representaciones y prácticas acerca de la salud y la enfermedad, así como sus tradiciones y sistemas médicos.

Según Pujadas,

[...] la técnica de campo más genuina, aquella que otorga al investigador mayor control sobre la situación, sobre los datos y las motivaciones del sujeto es la *entrevista biográfica*, que consiste en un diálogo abierto con pocas pautas, en el que la función básica del entrevistador es estimular al sujeto analizado para que proporcione respuestas claras, cronológicamente precisas, en las que se expliciten de la forma más amplia posible las referencias a terceras personas, a ambientes y lugares concretos en los que transcurren los distintos episodios biográficos (Pujadas, 1992: 66-67).

Confeccionar guías para los dos tipos de entrevistas elegidas, la historia de vida y la entrevista en profundidad semiestructurada y focalizada, ha tenido como objeto establecer unas coordenadas básicas que sirvieran para ordenar los datos, pero nunca condicionar las narraciones o determinarlas. Se diseñaron teniendo en cuenta las variables del estudio que debían estar presentes en las guías para las entrevistas, y su formato definitivo se concretó tras realizar numerosas entrevistas informales, dos historias de vida y dos entrevistas semiestructuradas, a modo de estudio piloto.

Las y los informantes debían ser quienes organizaran su propia narración con la mayor libertad posible y con el menor número de interferencias de la investigadora, así que mis intervenciones durante las entrevistas para la historia de vida se limitaron a mantener el hilo conductor de su narración, supliendo sólo algunos silencios o pidiéndoles aclaraciones y precisiones de cosas ya explicadas; se debía preservar la espontaneidad del relato, porque en esa espontaneidad estaba la clave no sólo de la entrevista, sino de este trabajo.

El guión para las historias de vida lo perfilé como un instrumento metodológico, como una guía que pudiera ser de utilidad para el análisis de los datos recogidos sobre el universo personal y familiar de los/las informantes y nunca como un catálogo de preguntas para utilizar sistemáticamente durante la entrevista. Finalmente y como era de esperar, fueron ellas/ellos los que establecieron su propio orden para relatar los acontecimientos de su vida -personal, familiar, social-, los recuerdos y las reflexiones que consideraron más importantes, estuvieran o no relacionados directamente con el objeto de estudio.

Como ya se ha comentado en el Apartado 3.1.3, realizar en primer lugar la historias de vida a cada uno de los y las informantes, y más tarde la entrevista semiestructurada focalizada en los procesos de salud-enfermedad-atención, buscaba obtener mayor cantidad, riqueza y densidad de datos, mayor posibilidad de conectar y relacionar datos aparentemente aislados de la biografía personal de los/las informantes. En definitiva, combinar ambas modalidades de entrevista, dado mi objeto de estudio, debía permitirme una comprensión más global de los discursos evitando zonas oscuras de información que hubieran dificultado la comprensión e interpretación de los datos. Combinar ambas técnicas de entrevista debía mostrarme un mapa más preciso del objeto y de los sujetos de estudio.

Es necesario hacer hincapié en el valor intrínseco de las entrevistas como fuente primaria imprescindible para la obtención de datos, ya que,

La production par le chercheur de données à base de discours autochtones qu'il aura lui-même sollicités reste un élément central de toute recherche de terrain. D'abord parce que l'observation participante ne permet pas d'accéder à nombreuses informations pourtant nécessaires à la recherche: il faut pour cela recourir au savoir ou au souvenir des acteurs locaux. Ensuite parce que les représentations des acteurs locaux sont un élément indispensable de tout compréhension du social (Olivier de Sardan, 1995: 6)¹⁰³

Para confeccionar el guión para las historias de vida se tomó como guía general el esquema de entrevista biográfica propuesto por Elisabeth Bott (1990: 277-284) para el estudio de la familia y la red social, aunque se ha modificado su estructura en función del objeto de estudio específico de esta investigación, ya que para este trabajo era importante también obtener información sobre los procesos psicosociales y relacionales, tanto personales como familiares que acompañaron a la toma de decisión de emigrar, la situación familiar que los/las migrantes dejaron en Marruecos, y la que se generó en torno a ellos/ellas y sus familias en el país de acogida; también era importante recoger en la medida de lo posible, sentimientos y vivencias en el país de acogida hasta el momento de la entrevista en relación con su situación familiar y personal, socioeconómica y laboral y, cómo no, en relación a sus procesos de salud-enfermedad y

¹⁰³ Traducción propia: «La producción por el investigador de datos a base de discursos autóctonos que él mismo habrá solicitado se convierte en un elemento central de toda investigación en el terreno. En primer lugar porque la observación participante no permite acceder a numerosas observaciones sin embargo necesarias para la investigación: es necesario por esto recurrir al saber o a los recuerdos de los actores locales. Además porque las representaciones de los actores locales son un elemento indispensable de toda comprensión de lo local»

atención. Además del esquema de E. Bott, se consultaron otros trabajos de investigación y tesis doctorales que utilizaron el material biográfico como técnica de producción de datos.¹⁰⁴

La guía de la *historia de vida* (Anexo 1) quedó configurada en dos apartados:

- Una parte introductoria con los datos personales de *ego* y otros datos generales que consideré de interés: notas metodológicas, observacionales y personales.
- Un cuerpo principal dividido en tres etapas: la primera etapa hasta la toma de decisión de emigrar, la segunda abarca el viaje y el primer año en el país/ciudad de acogida, y la tercera etapa desde el primer año hasta el momento de la entrevista

La guía para la *entrevista en profundidad, semiestructurada y focalizada en los procesos de salud-enfermedad-atención*, (Anexo 2) se organizó en torno a los siguientes apartados:

Datos personales de *ego* y datos generales de la entrevista.

- Apartado 1: Identidad y vinculación social
- Apartado 2: Creencias, representaciones y prácticas sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad. Creencias y rituales r/c la muerte
- Apartado 3: Utilización de sectores de salud: popular-folk-profesional (comparación Marruecos-España)
- Apartado 4: Duelo migratorio
- Apartado 5: Islam y salud

En los relatos y respuestas a analizar no se incluyeron los datos recabados en las visitas informales previas a la realización de las entrevistas que quedaron reflejados en el cuaderno de campo. Antes de las entrevistas:

- Expliqué a cada informante el objetivo de mi trabajo y el destino final de la información: servir para la redacción de un trabajo académico.

¹⁰⁴ Véase, De Meñaca, 2007b y Piñón, 1999.

- Pacté con ellos/ellas el procedimiento a seguir: uso o no de grabadora, presencia de otras personas en el momento de las entrevistas, lugar para su realización.
- Confidencialidad: les informé de su derecho al anonimato y a no responder a preguntas que no fueran de su agrado, o responderlas sólo parcialmente.
- También les informé de la ausencia de beneficios que estas entrevistas iban a tener para *ego*.
- En estos contactos previos que duraron una media de dos horas, en un ambiente de hospitalidad y reciprocidad, respondía también a su curiosidad hacia mi persona en forma de preguntas sobre mi profesión, familia, etc.

La utilidad de las guías se ha hecho evidente también, en la fase de análisis de los datos a la hora de facilitar su organización y buscar dominios y categorías para el análisis de la información.

Las entrevistas a los/las informantes de la muestra comenzaron a realizarse el 15 de Enero de 2009 y terminaron el 28 de Mayo de 2010, siguiendo siempre el mismo orden: entre una y cuatro entrevistas (duración entre 2-4 horas) para recoger la historia de vida de cada informante y revisar otros documentos adicionales, generalmente álbumes de fotografías familiares; tras ellas, en otra sesión posterior, se realizaba la entrevista en profundidad semiestructurada focalizada (duración entre 1,30-3h.). Todas las entrevistas, tanto las historias de vida como las semiestructuradas, fueron transcritas para facilitar su análisis.

Ocho de las entrevistas se realizaron en los domicilios familiares, las realizadas al imam del Centro Cultural Islámico de Castellón tuvieron lugar en su despacho adjunto a la sala de rezos de la mezquita, y otras en un bar-restaurant de la ciudad de Vila-real.

El soporte técnico de las entrevistas se llevó a cabo mediante el uso de grabadoras digitales con producción de archivos en MP3. En todos los casos, salvo en uno de ellos, se me autorizó a utilizar la grabadora. Sólo una mujer no me dio su autorización y más tarde rehusó ser mi informante con lo que, siguiendo su deseo, fue excluida de la muestra. Todas las entrevistas se realizaron sin la presencia de otras personas, salvo dos de ellas: una mujer (10-M29-R-CT) que no hablaba ni entendía bien el castellano y un hombre (2-H30-U-CM), imam del centro Cultural Islámico de Castellón, que prefirió hablar en árabe por considerar que se expresaría mejor en su

lengua vernácula. En ambos casos tuve que buscar un traductor árabe-castellano, que estuviera presente en las entrevistas.

Las entrevistas se desarrollaron todas ellas en ambientes de cordialidad y cooperación, en todas ellas el interés mutuo por “el otro/a” estuvo presente en una conjunción de tiempos y espacios entrañables de interacción personal.

Capítulo 4. Marroquíes en la Comunidad Valenciana

Este capítulo tiene como objetivo mostrar los diversos contextos geográficos, sociopolíticos y económicos que intervienen e influyen poderosamente en las formas, proyectos y oportunidades de vida, mentalidades y discursos de los sujetos de este estudio. Se quieren presentar de manera pormenorizada los diversos contextos (de origen y de acogida), ya que es en ellos donde el objeto y los sujetos de estudio se insertan, significan y explican. Es necesario desvelar y describir las características generales, tanto del contexto general europeo-español y específico de la Comunidad Valenciana que les acoge, sin olvidar la huella de sus orígenes, Marruecos. Todos ellos configuran las coordenadas espacio-temporales-político/vivenciales-relacionales de la inmigración árabe musulmana marroquí, y conviene conocerlas para profundizar más y mejor en el análisis e interpretación de sus discursos.

En el Apartado 4.1 se presenta el trabajo de campo como un ejemplo de antropología *at home*, y se explicitan las vicisitudes del acceso y del proceso de observación, así como el cronograma de la observación semiparticipante y las entrevistas. En el Apartado 4.2 nos acercaremos a los orígenes de los y las inmigrantes: Marruecos. En el Apartado 4.3 se mostrarán los escenarios y condiciones materiales de vida de los y las migrantes marroquíes en la Comunidad Valenciana, haciendo especial hincapié en las dos ciudades en las que se ha llevado a cabo el trabajo de campo: Castellón de la Plan y Vila-real, y también se abordarán algunos aspectos relevantes de la sociabilidad de este colectivo de inmigrantes en el contexto estudiado.

4.1. Trabajo de campo: un ejemplo de antropología *at home*

Aunque el estudio de las migraciones es en esencia multi-interdisciplinar, la Antropología Social y Cultural y la Sociología tuvieron ya en el pasado siglo XX, y continúan teniendo en la actualidad, un gran interés por los procesos relacionados con la movilidad humana y el conocimiento de “el otro” social y culturalmente distinto. En los albores del siglo XX, los investigadores sociales de la Escuela de Chicago iniciaron lo que se ha venido llamando *sociología de las migraciones*. Así, durante los años veinte, y especialmente en la década de los treinta, se realizaron numerosos estudios sobre las migraciones urbanas, las relaciones interétnicas, los procesos de asimilación y aculturación, la pobreza, o la estructura social y política relacionadas con la industrialización de las ciudades en el norte de EEUU, de tal forma que la influencia de esta Escuela de la Universidad de Chicago «supuso un giro conceptual y metodológico en el estudio de los procesos sociales relacionados con la movilidad espacial y la etnicidad» (Ribas, 2004: 28). La sociología norteamericana, en conexión con la británica y francesa seguirán investigando a lo largo de todo el siglo los diversos aspectos que se relacionan con la construcción social del inmigrante.

La antropología clásica, por su parte, intentó fundamentar la objetividad de su trabajo en una relación metodológica del investigador/a con los sujetos de estudio que exigía el distanciamiento cultural y geográfico, sin embargo, especialmente durante la segunda mitad del siglo XX, las migraciones campo-ciudad e internacionales desde la periferia al denominado *primer mundo* estarán en el origen y desarrollo, en varios países europeos, de la llamada *antropología en casa* (Menéndez, 2006: 62) *-at home-*,¹⁰⁵ aquella en que «[...] il ricercatore e l’oggetto della ricerca (e quindi anche i problemi da cui la ricerca nasce e le ricadute social che i suoi risultati perseguono) siano radicati in un unico e medesimo contesto sociale» (Sepilli, 2003: 13).¹⁰⁶

¹⁰⁵ Menéndez llama la atención sobre el hecho de que esta antropología *at home* participa en cierta manera de la *colonialidad* y el etnocentrismo de las ciencias sociales, puesto que, tanto en Latinoamérica como en otros contextos mundiales del llamado *Tercer Mundo*, los antropólogos locales -en México, India, etc.- ya practicaban este tipo de antropología *at home*.

¹⁰⁶ Traducción propia: «[...] el investigador y el objeto de la investigación (y por tanto también los problemas de los cuales nace la investigación y el impacto social que sus resultados persiguen) tienen su origen en un único y mismo contexto social»

En Europa, a partir de los años sesenta, los procesos de descolonización dificultaron en cierta manera e indujeron cambios en la realización de trabajos de campo clásicos en contextos lejanos y *exóticos*. En las décadas posteriores el interés de la antropología se ampliará dentro del marco de los estudios postcoloniales y se redirigirá también hacia cuestiones (y problemáticas) socioculturales que afectan genéricamente al mundo occidental industrializado, al occidente tecnológicamente avanzado y, en particular, a las propias sociedades europeas inmersas en los procesos (político-económicos, socioculturales, comunicacionales, medioambientales...) relacionados o derivados de la Globalización. De esta forma, tanto en EEUU como en Europa el interés de la antropología por las migraciones,

[...] is part of the changes taking place in the field as our so-called primitive constituency is disappearing in the face of dramatic globalizing forces. [...] Indeed, anthropological research on migration is, to a large extent, about what happens when the people studied on their home turf turn up living next door (Foner, 1999: 1268).¹⁰⁷

Así, los procesos migratorios y las relaciones interculturales en las sociedades de acogida alimentarán numerosos estudios antropológicos: los retos culturales de la inmigración marcarán la especificidad de la antropología *at home* europea. Entre sus múltiples y heterogéneos objetos de estudio se encuentran los relativos a procesos de salud-enfermedad-atención de las personas migrantes (Menéndez, 2006: 62,63).

Esta nueva –o quizá ya no tan nueva- antropología encuentra la diferencia cultural no en espacios culturales distantes y diferentes sino en el propio espacio europeo, e introduce en el debate antropológico,

[...] la necesidad de reflexionar y proponer metodologías que posibiliten desarrollar aproximaciones que refieran a la situación de un antropólogo que cada vez más describe, analiza y/o interviene sobre grupos que pertenecen a su propia sociedad, y cada vez más frecuentemente a su propia cultura. De grupos que además pueden estar explotados, marginados y a veces estigmatizados por la propia cultura del antropólogo que los estudia (Menéndez, 2006: 63).

¹⁰⁷ Traducción propia: «[...] es parte de los cambios que están teniendo lugar en el campo, como nosotros denominamos, de nuestra constitución originaria, que está desapareciendo frente a las dramáticas fuerzas de la globalización. De hecho, a la investigación antropológica en migraciones le ocurre en gran medida que la gente estudiada en sus propios territorios, aparece viviendo en la puerta de al lado»

Los inmigrantes extracomunitarios, como señala De Meñaca (2007a) son quizá los mejores representantes, junto a las minorías étnicas, de la alteridad, de *el otro/a* diferente en las sociedades occidentales.

De esta forma, un trabajo antropológico *en casa*, *-at home-*, como el que aquí se presenta, nos remite necesariamente a las *intersecciones culturales*,¹⁰⁸ a los lugares donde -según García Canclini (2006: 166)-, «los sujetos pueden hablar y actuar, transformarse y ser transformados», y participa del debate teórico-metodológico sobre la interculturalidad y otros conceptos relacionados que giran alrededor de ella y que introducen en las sociedades ricas europeas la necesidad de repensar nociones tan arraigadas al ideal ilustrado como es la idea de *ciudadanía*.

De esta manera, conceptos en apariencia dicotómicos como *identidad* y *alteridad*, *ellos* y *nosotros*, *proximidad* y *distancia*, *autóctonos/nacionales* y *alóctonos/extranjeros*, *inclusión* y *exclusión*, o la nociones mismas de *hospitalidad* y *confianza* se reelaboran y resignifican en esas intersecciones culturales, espacios “intermedios”, donde se dirimen los conflictos, las mediaciones son la norma, y se generan nuevas formas de convivencia entre *diferentes* que son -o deberían ser- *iguales* en dignidad y derechos. Todos estos conceptos emplazan

[...] la mirada y la reflexión sociológica en esos entredoses, en esos umbrales, complejos, múltiples, en el que los términos mismos de las relaciones se elaboran en continuos juegos de espejos, en los que los actores se conocen, se reconocen y se desconocen social e institucionalmente unos a los otros (Lurbe y Santamaría, 2007: 63).

Son esas relaciones socialmente estructuradas entre distintos y desiguales actores, las que, según Lurbe y Santamaría, construyen la alteridad de una manera relativa y relacional, performativa y compleja, y no como resultado de las realidades sustantivas de *los otros*. Y en esa construcción performativa de la alteridad, migrantes e investigadores se convierten en co-protagonistas de historias de vida compartidas en lugares comunes: la ciudad, sus calles y plazas, la escuela, el hospital, el barrio, el mercado, etc.

Así, como De Meñaca (2007b: 13) apunta, el estudio las personas migrantes «[...] con su proximidad distante y sus referencias a dos, como mínimo, contextos

¹⁰⁸ Categoría a la que ya nos hemos referido en el marco teórico, Apartado 2.2.3.

sociales» ha exigido que la Antropología at *home* haya tenido que buscar el equilibrio entre la distancia clásica y la proximidad del contexto occidental.

Además de las consideraciones anteriores, en este trabajo tampoco se ha tenido en cuenta, como Sandoval nos recuerda, que la relación que el/la investigador/a establece con la población sujeto de estudio es determinante para el conocimiento de la realidad. Así,

El trabajo de campo es entendido como el acercamiento a la realidad que se pretende estudiar; consiste en acudir directamente al sujeto/objeto de estudio, al dato vivo, a los hechos, para entender la situación y dinámica en que se desarrolla. La información y los datos obtenidos directamente por el investigador se pueden adquirir en infinitud de lugares, sean rurales o urbanos, según lo que se necesite examinar (Sandoval, 2003: 15).¹⁰⁹

Esta investigación puede considerarse una más de las que en España, desde mediados de los años 90, como país receptor de importantes flujos migratorios, han abordado la interculturalidad y la convivencia intercultural a través de los procesos de construcción social del inmigrante en tanto en cuanto que figura social de la alteridad “en casa”. Durante todo el proceso de investigación, más allá del tiempo dedicado al trabajo de campo, la tensión metodológica para armonizar proximidad-distancia ha estado presente: en ocasiones este binomio se me manifestó en forma de algún que otro malentendido cultural, a veces -muy pocas- como diversidad *quasi* infranqueable, vivida por mí como choque cultural sólo manejable desde la rigurosidad del método etnográfico, la capacidad de extrañamiento y el interés mutuo.¹¹⁰ En otras ocasiones -en la mayoría de las interacciones y situaciones- esa tensión entre proximidad y distancia se diluyó en los entresijos de la convivialidad, la hospitalidad, la confianza, y el (re)conocimiento mutuo entre sujetos de estudio e investigadora.

¹⁰⁹ Para una revisión de las transformaciones y desarrollos de esta técnica etnográfica, véase: SANDOVAL, EDUARDO A. (2003): «Guía para realizar prácticas de campo», *Guías docentes para docentes y alumnos*, 1, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México.

¹¹⁰ Una de esas situaciones de diversidad *casi* infranqueable la viví cuando, en el transcurso de una de las entrevistas informales, uno de mis informantes me argumentó, con gran convicción y detalle, las ventajas que para la convivencia en las sociedades islámicas tiene la aplicación más rigorista de la *Sharia*, Ley Sagrada del Islam, cuerpo de derecho y código de conducta en algunos países musulmanes. Mi informante, alejado de cualquier consideración relativa a la protección de los Derechos Humanos fundamentales, entendía esta aplicación rigorista como muy beneficiosa para la convivencia y el orden social, todo y que, en Marruecos, su país de origen, la *Sharia* no se aplica.

Desde el paradigma sociocrítico que orienta esta investigación mi posición como etnógrafa no se ha querido reducir a observar, describir e interpretar el mundo social de los y las migrantes marroquíes en Castellón desde la doble perspectiva de la salud y la convivencia interculturales, sino incorporar mi compromiso personal con este colectivo de migrantes. Un buen etnólogo, advierte Cristina Sánchez Carretero, siente lo suyo como extraño, necesita liberarse de sus prejuicios y, sobre todo, tiene que sentir como propio lo de los demás (Ariza, 2011: 30). Esta empatía, esta aproximación que no excluye valores culturales ni quiere dificultar su emergencia, no resta rigurosidad al método etnográfico, sino que lo complementa y enriquece. En la medida en la que una tesis pueda hacerlo, este trabajo ha querido mostrar la realidad sociocultural de la inmigración marroquí en Castellón, todo aquello que -desde el campo de la salud- nos une a migrantes y autóctonos, y contribuir desde este conocimiento a la convivencia intercultural que necesariamente pasa por deconstruir/minimizar los prejuicios que recaen sobre este colectivo de migrantes en razón a su pertenencia cultural y religiosa.

Quizá un objetivo muy ambicioso teniendo en cuenta que me estaba enfrentando por primera vez a una investigación autónoma, teniendo que adquirir conocimientos profundos del contexto de origen y de acogida de este colectivo de migrantes en Castellón, de su lengua y sus condiciones de vida en la inmigración; teniendo en cuenta que debía trazar los caminos de acceso hasta ellos y ellas, establecer una relación estrecha y positiva, y realizar un seguimiento frecuente y suficiente de sus vidas.

4.1.1. Primeros intentos de acceder al campo

Tomando como punto de partida los argumentos y reflexiones anteriores, el trabajo de campo comenzó en Enero de 2008 con los contactos previos para acceder a los/las migrantes marroquíes en la ciudad de Castellón de la Plana y los pueblos de su área metropolitana. Los diversos contactos informales se extendieron hasta Diciembre de ese mismo año en el que decidí la ubicación final del estudio, las dos ciudades ya mencionadas: Castellón de la Plana y Vila-real. En Enero de 2009 se realizó la primera entrevista de la muestra y las sucesivas, como ya se ha mostrado también en el apartado anterior, se continuaron hasta Mayo de 2010. Los contactos informales con los/las migrantes marroquíes, en base ya a los lazos de amistad y hospitalidad tejidos durante el trabajo de campo, continúan en la actualidad.

Tras pedir los permisos administrativos correspondientes en la Dirección de Atención Primaria (área 02) de la Agència Valenciana de Salut, accedí al Centro de Salud de San Agustín (Castellón) y al Centro de Salud de Castalia, ubicados el primero en el extrarradio norte de la ciudad y el segundo en otro barrio del noroeste de Castellón, a los que acuden numerosos inmigrantes marroquíes en razón a su zona de residencia. Allí, durante varias semanas, pude estar presente en algunas consultas médicas (de pediatría y medicina general) y entrar en contacto con pacientes de origen magrebí en las salas de espera de los consultorios. Pronto comprobé que todos los contactos me resultaban difíciles y se iban mostrando infructuosos: algunos porque los y las pacientes magrebíes no eran de nacionalidad marroquí y no podían ser incluidos en la muestra, otros porque, posiblemente dada mi posición -en la consulta me ubicaron junto al médico-, y la corta interacción que podía mantener con ellos y ellas, no les ofrecía la suficiente confianza como para darme sus teléfonos y concertar una cita posterior. Tampoco yo me sentía cómoda con este tipo de interacciones *express*. Las interacciones médico-paciente en la consulta eran amables pero de corta duración y no había nadie que tuviera la suficiente confianza y proximidad a ellos y ellas para que me pudiera *apadrinar*. Difícilmente yo podía conseguir esa proximidad por mí misma y sin ayuda. En esos días descubrí también la importancia de la virtud de la *paciencia* para el trabajo etnográfico, la necesidad de conocer que el tiempo -los tiempos- también se miden social y culturalmente, y que las restricciones temporales a la hora de establecer los contactos con los y las migrantes marroquíes eran un obstáculo importante para su confianza;¹¹¹ pero sobre todo comprendí la necesidad de contar con *porteros/padrinos* de campo del propio grupo que se pretende estudiar, que puedan ejercer un padrinazgo efectivo del investigador/a.

El tiempo de infructuoso trabajo y búsqueda de informantes me mostró también que mi estrategia de acceso al campo no había resultado adecuada: definitivamente no era razonable esperar que mi presencia en la consulta del médico o en las salas de espera, vestida con una bata blanca que marca posiciones distantes y relaciones de poder desiguales, fuera adecuada y/o suficiente para que los y las migrantes confiaran

¹¹¹ Durante todo el trabajo de campo y en las interacciones personales que se sucedieron después supe que la prisa *occidental*, la medida del tiempo que yo manejo como fruto de mi propia endoculturación y forma y circunstancias de vida, no era buena consejera para el trabajo de campo. La convivialidad y hospitalidad marroquí demanda tiempo y, sobre todo, disfrute de ese tiempo compartido.

en mi; quizá ese no era el lugar ni la forma más oportuna de entablar una comunicación efectiva y, además, ¿qué podía importarles mi investigación a personas que acudían con problemas de salud a la consulta médica?; ¿cómo explicarles en un periodo corto de tiempo de interacción, con dificultades de traducción lingüística frecuentes, que yo necesitaba su ayuda para realizar mi trabajo?. Así pues, pasadas unas semanas sin resultados evidentes abandoné esta vía de acceso al campo e intenté a buscar otras alternativas.

4.1.2. Nuevas vías de acceso

En el mes de Marzo de 2008 comencé a redactar un cuaderno de campo¹¹² que me ha acompañado hasta el final de la investigación. Es a partir de este mes cuando realmente fui tejiendo la red de personas y entrevistas informales que finalmente me llevaron a *los hogares de los y las migrantes*, y fui concretando las variables principales que debían estar presentes en la muestra.¹¹³ El proceso de toma de contacto se alargó hasta Diciembre de 2008 porque tejer la red de contactos informales me impuso unas cadencias temporales que yo no podía controlar: citas que se postergaban varias veces durante semanas, contactos que no fructificaban y otros que, una vez establecidos, por diferentes motivos, no servían para la muestra, formaron el escenario de mi primer año de trabajo de campo.

La cronología de este periodo quedó marcada por la exploración y observación de los contextos donde debería realizar las entrevistas: paseos por las calles, plazas y lugares de las ciudades donde la presencia de inmigrantes magrebíes era más notoria. Frecuentación de comercios -tiendas de alimentación y carnicerías *hal-lâl* sobre todo- regentados por magrebíes. Pero sobre todo quedó marcado por la paciencia, la espera de

¹¹² Este cuaderno, incluyó notas observacionales y metodológicas: descripciones y anotaciones sobre el contexto físico, permisos y sucesivas citas informales con informantes y los eventos que las caracterizaron; incluyó también mis percepciones, sentimientos y análisis situacionales y del contexto que, poco a poco, desde mi perspectiva *emic*, iban surgiendo como resultado de las interacciones con los sujetos de estudio y de las observaciones en el terreno. La antropología *at home* implica siempre un continuo ir y venir al campo, entradas y salidas con periodos variables de permanencia y observación. Penetrar en el mundo de la vida de los sujetos de estudio, comprenderlo y aprehenderlo parece difícil, en ocasiones, cuando el tiempo de observación está condicionado -y dificultado, a veces- por variables ajenas a la propia investigación.

¹¹³ Tras abandonar la infructuosa vía de acceso a inmigrantes marroquíes a través de los Centros de Salud, los días 11 y 12 de Marzo de 2008 comencé una nueva búsqueda de contactos que de manera simultánea y reticular explorara nuevas vías de acceso. Así quedó reflejado en mi cuaderno de campo recién estrenado.

llamadas y citas diversas, y como no, por los sucesivos encuentros que iban incorporando informantes y, sobre todo, sirviendo contexto y claves culturales muy necesarias para mi trabajo. También durante este periodo tuve diversas entrevistas con responsables y/o trabajadores/as de algunas instituciones locales con el objetivo de solicitar permisos y encontrar personas que por sus contactos con el mundo de la inmigración pudieran facilitarme la tarea de encontrar informantes para la muestra: la Agència Valenciana de Salut, Dirección de Atención Primaria del área 02 de Castellón, la Agencia Municipal AMICS (Agencia para la Mediación, la Integración y la Convivencia Social) que depende de la Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Castellón de la Plana, y el Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Vila-real-Castellón.

Para el desarrollo de mi trabajo, de entre todas las personas con las que me entrevisté durante este periodo, hay que destacar como más significativas las siguientes:

- Una amiga marroquí a la que conocí años antes de comenzar este trabajo porque una de sus hijas fue compañera en la escuela primaria de la menor de mis hijas. El azar hizo que nos encontráramos de nuevo cuando yo comenzaba mi trabajo de campo después de varios años en que los contactos fueron más esporádicos al trasladarse ella a vivir en otro barrio y cambiar sus hijas de escuela.
- Un mediador intercultural de la Agencia Municipal AMICS-Castellón.
- Un inmigrante tunecino, historiador, vinculado al Centro Cultural Islámico de Vila-real.
- Un médico de familia español, experto en migraciones, muy interesado en el mundo árabe musulmán.¹¹⁴
- Un periodista marroquí,¹¹⁵ en situación administrativa no regularizada.

¹¹⁴ A principios de 2008 me desplacé a Borriana, un pueblo al sur de Castellón de la Plana, para entrevistarme con un médico de familia del Centro de Salud al que ya conocía por su interés en temas de salud e inmigración. Él me animó a que eligiera a los/las inmigrantes magrebíes para mi muestra porque tal y como ambos ya suponíamos son una población poco o nada estudiada en la Comunidad Valenciana. Sus características culturales y sus creencias sobre la salud-enfermedad podían ser “*muy sugerentes*” para una tesis, y de su estudio se podía derivar un mayor conocimiento de este colectivo humano muy afectado -según él- por estereotipos negativos relacionados con la maurofobia/islamofobia latente y/o explícita, en la sociedad de acogida. Fue él el primero en hablarme de la hospitalidad como valor característico de la cultura árabe musulmana de los y las inmigrantes magrebíes.

De perfiles muy dispares, todos fueron una gran ayuda para mi trabajo porque, aunque no siempre me llevaron hasta inmigrantes marroquíes que pudiera incorporar a la muestra, en todos los casos fueron fuentes importantes de información y mi primer contacto con el *Islam inmigrado*, como Joan Lacomba (2001) se refiere a la inmigración árabe musulmana. Mi amiga marroquí y el mediador intercultural fueron claves para esta investigación, los dos contactos más sólidos que me acompañaron en esta etapa y se convirtieron en las personas que me facilitaron el acceso al campo -*porteros y padrinos de campo*-, e hicieron posible que pudiera llegar hasta mis informantes principales y sus familias. Sin su ayuda hubiera sido imposible, o mucho más difícil, entrar en contacto con el mundo de la inmigración marroquí en Castellón. Gracias a su padrinazgo informal, los y las inmigrantes me abrieron sus hogares en la ciudad de Vila-real y en Castellón de la Plana.

Durante varios días del mes de Diciembre de 2008, mi amiga me acompañó a visitar su red de amistades marroquíes en Castellón. Mis dificultades de comprensión del árabe se suplían con las traducciones de alguna de sus hijas mayores que siempre nos acompañaban en las visitas. Algunas de sus amistades me remarcaron lo inhabitual que les resultaba que una persona española se interesase por sus vidas y les visitase en sus hogares y, más aún, que estuviera interesada por su cultura y religión.

Los encuentros de presentación duraban una media de dos-tres horas y el programa de las visitas solía seguir un patrón similar en todas las casas: un periodo inicial de duración variable y de charla distendida; tras él, en un gesto típico de la hospitalidad marroquí, llegaba la invitación a merendar: té y dulces artesanales que suelen elaborar las mujeres, aceite de oliva y pan, *bagrir*, un tipo de crêpe marroquí salado que se come con miel, aceitunas y frutos secos, eran alimentos habituales en estas meriendas. De estos contactos surgían nuevas citas y en las siguientes era cuando ya acordaba con ellos y ellas la primera entrevista de la historia de vida.

¹¹⁵ Disidente político del régimen marroquí, él se ofreció a conectarme con otros inmigrantes en su misma situación pero tras dos encuentros no pude contactar nuevamente con él. Esas dos entrevistas informales fueron enormemente interesantes: me sirvieron contexto sobre la inmigración marroquí en Castellón y provincia, las dificultades de este colectivo para vincularse socialmente a la sociedad de acogida, y sobre las posibles causas de sus repliegues identitario-religiosos tras la inmigración. Muy crítico con estos repliegues identitario-religiosos, hizo mucho hincapié en los mecanismos de control social que se ejercen desde las mezquitas sobre las y los inmigrantes árabes musulmanes.

De todos estos contactos sólo una mujer se negó posteriormente a ser entrevistada. El resto de las personas confiaron en mí a través de la confianza en sus amigos, mis padrinos. Los contactos proporcionados por el mediador intercultural de AMICS fueron también de vital importancia para esta investigación y se concretaron en entrevistas informales con varios inmigrantes marroquíes en Vila-real que más tarde accedieron a ser mis informantes.

En la tabla que sigue se presenta el cronograma del trabajo de campo

Cronograma del trabajo de campo		
2008	2009	2010
Entrevistas informales		
Exploración del campo. Redacción cuaderno de campo. Participación en eventos familiares de los informantes		
Entrevistas piloto	Entrevistas a informantes de la muestra. Transcripción de entrevistas	

Tabla 2. Cronograma trabajo de campo. Elaboración propia.

4.2. Los orígenes: Marruecos

Marruecos (en árabe *Al-Magrib al-Aqṣà*, en beréber, *Amrruk/Murakuc*),¹¹⁶ con sus 446.550 km² de superficie continental,¹¹⁷ está situado al norte del continente africano, separado de Europa tan sólo por los 15 Km del Estrecho de Gibraltar. Al norte

¹¹⁶ Marruecos, *Al-Magrib*, que significa *el Poniente*, es comúnmente usado. Para las referencias históricas, los historiadores usan *Al-Magrib al-Aqṣà* (*El lejano Poniente*). Véase Wikipedia, 2013. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Marruecos> Fecha de consulta 25/07/2013.

¹¹⁷ España abandonó definitivamente su colonia del Sahara Occidental en Febrero de 1976. Marruecos, que considera estos territorios y a sus pobladores los saharauis, parte del estado marroquí, invadió y se anexionó estos territorios en 1975, pero la soberanía sobre ellos nunca ha sido reconocida por la ONU ni por la comunidad internacional. Tras el abandono de la colonia por España, el movimiento de liberación del Frente Polisario proclamó la República Árabe Saharaui Democrática (RASD). Este contencioso político-territorial con Marruecos, en el que Argelia y Mauritania también están implicadas, sigue sin resolverse, constituye uno de los focos de conflicto permanente en el África occidental y hace que los datos referentes a la extensión de Marruecos varíen en función de si las fuentes consultadas consideran, o no, marroquí al Sahara Occidental. La RASD ocupa en la actualidad la parte más oriental y desértica del territorio del Sahara Occidental sin salida al mar, y el pueblo saharauí vive en campamentos de refugiados gracias a la ayuda internacional.

linda con el mar Mediterráneo y al oeste con el océano Atlántico, y sus costas se extienden 3500 Km a lo largo de sus dos fachadas marítimas. Tiene fronteras políticas con Argelia al este y al sur, con España al norte (Oficina Nacional Marroquí de Turismo, 2013) y con Mauritania y los territorios en litigio del Sahara Occidental al Sur.

En su geografía destacan cuatro cadenas de montañas: al norte, como muralla y frontera norte del país, la cordillera del Rif no supera los 2452 metros, ciñéndose a la costa mediterránea para terminar en el Macizo de Yebala, a la altura de la ciudad de Tetuán, recogiendo las lluvias que vienen del océano, haciendo verde y fértil la región. La cordillera del Atlas -Alto y Medio Atlas- de sur a noreste vertebró la parte atlántica y la sahariana del país, con altas montañas (como el Yabal Toubkal en el Alto Atlas, de 4165 metros), e importantes bosques de cedros y cascadas en el Medio Atlas. A partir de Marraquech la cordillera, ya en dirección noreste, se convierte en el Medio Atlas que se extiende hasta Argelia. Sólo una estrecha franja, la Brecha de Taza, conecta las planicies atlánticas con Argelia y el resto del África nororiental. Finalmente el Anti-Atlas se sitúa en paralelo al Alto Atlas y en sus montañas crecen los bosques de arganes, una especie arbórea endémica de Marruecos muy apreciada por sus propiedades cosméticas y medicinales. En el suroeste del Atlas y al sureste del país el desierto contrasta con la orografía y el clima de la vertiente atlántica de la cordillera y de la costa occidental bañada por el océano Atlántico. Casi todos los ríos principales del país fluyen hacia el Atlántico y sólo uno de ellos, el Moulouya, desemboca en el Mediterráneo. Además otros ríos como el Sebou, y el Oum er-Rbia y el Bou Regreg que desemboca en Rabat riegan la fértil llanura del centro del país. Sin olvidar el imponente Dra, con sus desfiladeros de gran belleza, en la región del Tafilalet. Mención especial merece el Massa, generador -entre Agadir y Tiznit- del Parque Nacional de Sous-Massa, importante reserva de la biosfera. En el sur y el este, encontramos las estepas y el desierto con sus oasis y palmerales. Marruecos tiene un clima templado y húmedo en la mayor parte del país salvo en el desierto y en el interior montañoso donde se da un patrón climático continental de inviernos fríos y veranos calurosos (Pennell, 2009: 17-18; Oficina Nacional Marroquí de Turismo, 2013).



Mapa 1. Marruecos¹¹⁸

El Reino de Marruecos (*Al-Mamlakat al-Magribiyya*) -también conocido como Reino alauí-¹¹⁹ tiene su capital en Rabat y cuenta con importantes ciudades como Casablanca, Marrakech, Beni Melal, Fes, Agadir, Kenitra, Meknès, Tánger y Tetuán, entre otras. Su moneda oficial es el *Dirham* (Dh).

Antigua colonia, el protectorado francés y español, tras la independencia y la creación del nuevo estado marroquí con un régimen de monarquía parlamentaria en 1956, *Al-Hasan ibn Muhammad*, Hassan II, padre del actual rey Mohamed VI fue el primer monarca tras del país, hasta su muerte (1961-1999). Las relaciones entre Marruecos y España después de la etapa colonial no han estado exentas de conflictividad, pero también se han caracterizado por los acuerdos, la cooperación y el intercambio entre países vecinos que comparten fronteras e intereses. «En el terreno

¹¹⁸ Fuente: : HRW ATLAS MUNDIAL (2006)

¹¹⁹ La dinastía alauí gobierna en Marruecos desde el siglo XVII con el primer sultán Muley Ali Sharif. A la proclamación de la independencia en Marzo de 1956 le siguió la primera constitución de Diciembre de 1962. El actual rey de marruecos Mohamed VI, nieto del sultán Mohamed V, que auspició el movimiento nacionalista durante el protectorado, ha traído esperanzas de democratización al país, gobernado desde la Independencia por su padre, Hassan II, sin que se instauraran mecanismos institucionales, de gobierno y políticas claramente democráticas durante su reinado. Para más información de la historia moderna y contemporánea de Marruecos, véase Pennell, 2009.

oficial, la relación entre Marruecos y España se consolidó paulatinamente, después del fin del protectorado en 1956, con el momento crítico de tensión de la Marcha Verde en 1975, hasta llegar a la firma del Tratado de amistad, buena vecindad y de cooperación el 4 de julio de 1991» (La Parra, 2007: 150)

La lengua oficial es el árabe y también se habla el dialecto árabe marroquí. Además en Marruecos, la lengua genérica berébere con sus variantes (*tarifit* en el Norte, *tamazigh*¹²⁰ en el Medio Atlas y *tachelhit* en el Alto Atlas y Sur) es hablada por los dos grandes grupos *imazighen*: los que habitan la zona norteña del Rif y los que viven a lo largo del Atlas. El francés -lengua empleada junto al árabe en la Administración y en el sistema educativo- está muy difundido y en el Norte del país, sobre todo en las ciudades, se habla también, aunque de forma minoritaria, el español (AECID-Marruecos, 2013)

La población marroquí comprende dos grupos étnicos mayoritarios: el árabe y el berébere (*amazigh*, pl. *imazighen*). Los *Imazighen* (lit. *hombres libres*) eran los antiguos pueblos indígenas del Norte de África, al oeste del Nilo. Con la llegada de los árabes en el siglo VII se produjo la Islamización de las diferentes tribus beréberes y comenzó al mismo tiempo un proceso de arabización cultural y lingüística. Los procesos homogenización cultural han sido incesantes en la historia de esta región y así,

[...] tras la época de los protectorados francés y español en Marruecos, la independencia del país en 1956 dejó una situación en la que la población árabe, francófona y de mayoría urbana, tenía unas condiciones económicas, sociales y educativas superiores al de la población *amazigh*, la mayoría rural, que habían visto su cultura y su lengua relegadas a un segundo plano (Casado y Valenzuela, 2008: 45).

Aunque los marroquíes distinguen entre ambos grupos, las costumbres y las prácticas sociales de unos y otros se entrecruzan y solapan, siendo el factor lingüístico el que hoy en día pone en evidencia las diferencias entre ambos, ya que el Islam, en las ciudades sobre todo, ha funcionado como un potente factor de cohesión y homogeneización cultural. Tampoco hay que olvidar que en la legislación vigente, la aplicación de *Mudawana* (*al- Mudawana*, o Código de la familia marroquí), basada en las fuentes jurídicas islámicas, practicadas por los árabes y no por los beréberes que se autolegislaban por normas tribales consuetudinarias, ha eliminado también las

¹²⁰ El *tamazigh* es la lengua genérica hablada por los bereberes y su escritura se denomina *t(h)ifinagh*.

diferencias entre los dos grupos de población, fundamentalmente en las ciudades (Aixelá, 2000: 24,25; AECID-Marruecos, 2013).

La *Mudawana* es el estatuto personal que desde 1958 ha regulado las relaciones de familia, basándose en la Ley del Corán, la Sunna y el *taqlid* (o imitación. Escuela jurídica. Derecho Islámico practicado por los sunitas). El Código marroquí del Estatuto Personal, o *Código de la Familia*, regula el matrimonio y su disolución, la herencia y la custodia de los hijos, así como también todo lo referente a la poligamia y el repudio, instituciones propias del derecho de familia islámico:

El matrimonio se define como un contrato legal mediante el cual un hombre y una mujer se unen para llevar una vida conyugal común y duradera bajo la dirección del marido y para que se constituya válidamente requiere la concurrencia de: a) el consentimiento matrimonial, expresado en el caso de la mujer a través de su tutor matrimonial (*wali*) que actúa como mandatario de la misma; b) la capacidad matrimonial; y c) la determinación de una dote (*sadaq*) para la esposa (Sánchez Martín, 2004: 410).

En lo que respecta a la aplicación de la *Mudawana* en España, Sánchez Martín explica que si bien algunos de sus normas no tienen correlato legal en España, no presentan contradicción con el Código legal Español, como es el caso de la dote (*sadaq*); pero no ocurre lo mismo con otros aspectos de la *Mudawana* como son las instituciones en torno a la capacidad matrimonial, y en particular a la poligamia, el divorcio (*jul'*, *quitarse algo de encima*, *arrancarse...*), o el repudio (*talâq*, *dejar ir...*),¹²¹ que son las que suscitan mayor conflicto en el sistema jurídico español a la hora de pretender por parte de los inmigrantes marroquíes que sean reconocidas en España (2004: 410).

Lo que podemos destacar del estuto jurídico marroquí es que en la familia dominaba el sistema patriarcal, en el que la mujer jugaba un papel secundario. Las injusticias vividas a lo largo de estos años, cuyas víctimas directas han sido las mujeres y los niños, llevaron a varias asociaciones femeninas a unir esfuerzos en la lucha por su reforma. En 1993 tuvo lugar la primera modificación. En la actualidad, la *Mudawana* ha sido derogada, tras la entrada

¹²¹ En relación al repudio -*talâq*- Abdelmumin Aya explica que algunos Códigos islámicos en la actualidad no han recogido el verdadero sentido, la sutilidad y complejidad del divorcio en el Islam. Según él, en realidad, el *talâq* proviene del verbo “soltar, dejar ir” y «El participio pasivo de *talâq* – *mutlaq*– significa “sin restricciones, libre”. El *talâq* es que el hombre deje ir a la que era su esposa, que no la retenga, como expresamente aparece en el versículo coránico: “*conservadlas de manera apropiada o despedidlas de manera apropiada, pero no las retengáis por la fuerza, convirtiéndoos así en trasgresores*” (2:232). El *talâq*, por tanto, no es expulsar a la mujer -que es lo que sugiere la idea de “repudio”- sino no impedirle que se vaya» (Aya, 2006).

en vigor del Nuevo código Jurídico de la Familia, el 16 de Enero de 2004. A grandes líneas, la reforma atenta directamente contra la estructura patriarcal de una sociedad profundamente conservadora (Ouald Ali, 2006: 1).

La *Mudawana* fue reformada y actualizada por el Parlamento Marroquí y la sanción positiva del rey Mohamed VI, no sin fuertes controversias y polémicas internas en Marruecos, ya que dicha reforma ha reconocido derechos a las mujeres marroquíes que antes no contemplaba, como por ejemplo, asegurar el derecho al divorcio de la mujer, eliminar el repudio de la mujer como forma de disolución del matrimonio, regular más severamente la poligamia, o extender el derecho a la ciudadanía marroquí de los hijos de madres marroquíes y padres extranjeros, entre otros cambios, que reducen el perfil fuertemente patriarcal de este Código y protegen los derechos de las mujeres. Esta modificación fue fuertemente contesada en las calles de Marruecos por sectores sociales Islamistas (partidos políticos, asociaciones y población en general), más conservadores. Su modificación ha suavizado algunas de las contradicciones entre el Derecho marroquí en relación al ordenamiento jurídico español, lo cual ha sido beneficioso para la población inmigrada marroquí, especialmente para las mujeres marroquíes inmigradas.

En otro orden de cosas, en la actualidad la población árabe sigue estando mayormente concentrada en las ciudades y la berébere, aunque los movimientos migratorios internos campo-ciudad los han llevado también a las ciudades, la seguimos encontrando en las zonas rurales, manteniéndose también las diferentes y desiguales condiciones socio-económicas entre ambos grupos, a pesar de los procesos de homogeneización sociocultural, y también demográficos, antes mencionados.

Aunque existe libertad de culto, Marruecos se define como país árabe e islámico, y la casi totalidad de la población se considera musulmana.

En Marruecos el Islam -como sistema social total (religioso, jurídico y cultural) vinculado en sus orígenes a los árabes-, no limita su influencia a los aspectos meramente religiosos y de identidad común de todos los creyentes musulmanes, sino que su presencia como sistema jurídico ha proporcionado un marco desde el que se legitiman, sancionan y por tanto se controlan socialmente las acciones de las personas. No hay que olvidar pues que el Estado-nación Marroquí se define constitucionalmente como árabe e Islámico (Aixelá, 2000: 25). El 98% de los marroquíes son de confesión

sunita, del rito malekita, y existe una importante tradición sufí¹²² ligada a las cofradías (*zawiyyas*) y al culto a los santos (*morabitos*). Existen también dentro del país minorías judías y cristianas. La mayoría de los árabes son musulmanes (92%), pero también hay árabes cristianos y judíos, lo que da muestras del crisol étnico, cultural y religioso del actual Marruecos. Según Pennell (2009: 31-32) no se sabe a ciencia cierta de qué manera llegaron y se asentaron en el norte de África el cristianismo y el judaísmo a comienzos del primer milenio después de Cristo y, en especial, poco se sabe sobre cómo se extendió el judaísmo entre las tribus beréberes, politeístas y analfabetas, antes de su Islamización definitiva en el siglo VIII d.C. Lo que sí se sabe es que no les fue fácil a los árabes musulmanes romper la resistencia de las tribus beréberes finalmente Islamizadas, y su mítica estructura tribal (2009: 48-49).

Según Aixelá (2000: 21-33), el parentesco en Marruecos estructura, conforma, las relaciones entre personas y establece la movilidad y la ocupación diferencial de los espacios público/privado, condicionando así mismo la mayoría de las prácticas sociales.

Tanto el sistema de parentesco árabe como el beréber parten de una estructura tribal caracterizada por la patrilinealidad, la patrilocalidad y la familia extensa, aunque presenta diferencias en cuanto a la tradición de la endogamia preferente y la poliginia que son púramente musulmanas y no beréberes (aunque algunos beréberes si practiquen la poliginia en las ciudades). El estricto reparto espacial entre sexos, típico de la construcción de género árabe, se hará extensivo a los beréberes en las ciudades dentro del proceso de arabización que tendrá un especial impacto en la mujer beréber. En lo que se refiere a los aspectos socioculturales, las actividades prioritarias para las mujeres marroquíes son el matrimonio, la maternidad y la crianza de los hijos, con la única diferencia del caso rifeño, en el que el reparto espacial masculino/público,

¹²² El sufismo, una de las grandes tradiciones espirituales y filosóficas de la humanidad, representa la tradición mística del Islam y engloba expresiones relacionadas con la ascesis y la purificación, también integra desde sus orígenes otras formas “activas” de defensa de la comunidad y de la justicia social que históricamente han sido representadas por las órdenes sufíes de estructura militar, los *morabitún* – almorávides-, cofradías de guerreros guardianes de las fronteras del mundo islámico. El sufismo está profundamente imbricado en la sociedad islámica tradicional tanto a través de las cofradías (*tariqas*) asociadas a distintos oficios o artes, como en diferentes movimientos de renovación política y social que están presentes también en el mundo contemporáneo, sin olvidar sus importantes aportaciones en terreno del arte, la poesía y la música, como podemos observar en las sesiones de canto religioso y *dirk* (repetición incesante del nombre de Allah) de las cofradías. La presencia viva del sufismo es una realidad hoy en día tanto en el mundo árabe-musulmán como en Occidente (Elía, s/f:498-506). Los sufíes no buscan el conocimiento mediante la reflexión y el pensamiento discursivo sino por medio de la purificación de su ser interior y de sus deseos (Nasr, 2008).

privado/femenino, no se da con la misma intensidad. Así en Marruecos, las mujeres (madres/esposas) tendrán reservado fundamentalmente el espacio privado del hogar y los hombres (proveedores/protectores de la familia) les corresponderá el espacio público. El parentesco es pues el eje vertebrador de la vida cotidiana de los hombres y mujeres marroquíes, determina la construcción del género en Marruecos, y tiene una influencia grande sobre las diferencias en la movilidad social de hombres y mujeres. Aixelá, hace hincapié también en el hecho de que esa subordinación de las mujeres y el desigual reparto de poder y oportunidades entre hombres y mujeres en Marruecos se matiza con las prácticas y estrategias cotidianas de poder subalterno que las mujeres han establecido (Aixelá, 2000: 21-33).

Por otra parte, Marruecos, instalado en un régimen demográfico de transición avanzada, tiene 32.521.000 millones de habitantes (WHO, 2013). Con un IDH medio (promedio 0,591),¹²³ ocupa el puesto 130 de la clasificación del PNUD (2013:146). Según este mismo informe del PNUD, su población tiene una esperanza de vida al nacer de 72,4 años, una tasa de alfabetización del 56,1% de la población de 15 años y mayores, con 4,4 años promedio de escolaridad, y un ingreso nacional bruto-INB de 4384 dólares *per capita*. Otros información de interés para el conocimiento del país es la aportada por la AECI-Marruecos (2013) a partir del Informe del PNUD-IDH, 2010:

Escaños parlamentarios ocupados por mujeres	6,2%.
Coeficiente de Gini de ingresos (2000-2010)	40,9
Población sin electricidad	2,8 %.
Sectores del PIB en 2009: agricultura, 16,37%; industria, 15,89%; servicios 55,08%	
Desempleo total (2008)	9,6%

Tabla 3. Marruecos. Datos generales según AECI- Marruecos, 2013. Elaboración propia.

¹²³ El Índice de Desarrollo Humano (IDH) del PNUD, es un indicador que mide el logro medio de un país respecto a tres dimensiones relacionadas con el nivel de vida de las personas: longevidad y salud (esperanza de vida al nacer), educación (tasa de alfabetización) y nivel digno de vida (INB-ingreso nacional bruto *per capita*). No mide otros indicadores como por ejemplo el nivel de bienestar percibido. Este índice clasifica a los países en cuatro grupos: muy alto (IDH>0.8), alto (0,71<IDH<0,8); medio (0.53<IDH<0.71) y bajo (IDH<0.53).

Existen 107 puestos de diferencia entre el IDH marroquí y el español. España, con un desarrollo humano muy alto (promedio 0,885), ocupa el puesto 23, con una esperanza de vida al nacer de la población de 81,6 años, una tasa de alfabetización de la población del 97,7 % de 15 años y mayores, con 10,4 años promedio de escolaridad, y un INB de 25947 dólares *per capita* (PNUD, 2013: 144-146). Esta disparidad en las cifras del IDH puede ser un indicador más que permita explicar por qué España sigue siendo un destino migratorio deseado para los marroquíes a pesar del impacto brutal de la crisis financiera internacional del 2008 en adelante sobre la economía española.

Las desigualdades de todo tipo entre el campo y la ciudad han venido provocando el éxodo del campo a los cinturones de pobreza de las periferias de las grandes ciudades, generando dinámicas de marginación-exclusión social. Para reducir el retraso en el desarrollo humano el gobierno marroquí está aumentando de manera sustancial en los últimos años los presupuestos destinados a programas sociales, fundamentalmente en salud, educación y desarrollo rural (Oficina Cooperación Marruecos-AECID, 2013).¹²⁴

Entre la sociedad autóctona española se utilizan muchas veces de manera indiferenciada las nociones de *marroquí* y *magrebí*, asociadas a las de *árabe*, *musulmán* y/o *moro-a* (Salud y Cultura 2009: 1; Casado y Valenzuela, 2008: 44). Un panorama similar de cierta confusión, o inespecificidad terminológica, se encuentra en las fuentes documentales sobre inmigración consultadas, como ya se ha mencionado anteriormente: la noción *magrebí*, que hace referencia a los orígenes geográficos¹²⁵ y culturales de los y las inmigrantes, es utilizada muchas veces de manera genérica sin diferenciar orígenes y especificidades nacionales, o la heterogeneidad étnico-cultural de los y las migrantes: aunque los términos *marroquí-magrebí* no tienen el mismo significado, a menudo se confunden. La noción *marroquí* implica una cuestión de fronteras políticas (persona originaria del Reino de Marruecos) y tampoco permite distinguir entre los dos grupos

¹²⁴ Para profundizar en el conocimiento de la realidad sociopolítica y económica de Marruecos véase los informes y documentos marroquíes accesibles en la web de la Oficina Técnica de Cooperación en Marruecos, dependiente de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID, 2013) del Ministerio Español de Asuntos Exteriores e Inmigración. <http://www.aecid.ma/spip.php?rubrique13> (Fecha de consulta, 26/07/2014).

¹²⁵ Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua el adjetivo *magrebí* tiene dos significados: «natural del Magreb» y «perteneciente o relativo al Norte de África, que comprende Marruecos, Argelia y Túnez». Véase, RAE (2001): «Magrebí» Disponible en <http://www.rae.es/rae.html> (Consulta 14/05/2010).

étnicos mayoritarios del país, árabes y beréberes. Ambos –magrebí y marroquí- deben ser manejados de manera rigurosa para que no resulten reduccionistas si se obvian las diferencias socioculturales de los distintos territorios del Norte de África, o las especificidades nacionales, como las que se observan en sus sistemas de salud y costumbres sanitarias. A los dos términos anteriores se les une la palabra *moro/a*¹²⁶ utilizada históricamente en España en un sentido genérico y estigmatizante para etiquetar y definir a las personas de religión musulmana de cualquier origen, especialmente magrebíes o marroquíes, con los que históricamente hemos estado más conectados.

En la actualidad algunos inmigrantes marroquíes con los que he podido conversar conservan su identidad diferencial bereber, que aparece en sus relatos de vida asociada -aunque más débilmente- a su pertenencia religiosa a la comunidad musulmana de creyentes (*umma*) y a su nacionalidad marroquí, sus dos identidades preferenciales. En menor medida se identifican con la noción de *magrebí*, y menos aún con la de *moro/a*, que entienden mayoritariamente asociada al estigma de *lo musulmán* y con connotaciones negativas y discriminatorias. Esta es la lectura principal que se deriva de esta diversidad terminológica: las identidades de los y las migrantes marroquíes son compuestas y no excluyentes de los diferentes rasgos étnicos-socioculturales-religiosos-políticos que las conforman, lo que hace necesario manejar los términos con cautela y rigor.

Por otra parte, la mayoría de personas árabes y/o musulmanas que llegan a España y a la Comunidad Valenciana proceden del Magreb, y es de destacar que los inmigrantes musulmanes residentes en España, mayoritariamente marroquíes, a pesar de sus diferencias culturales y religiosas, resultan ser muy parecidos a la población española en sus opiniones, actitudes y valores básicos declarados. El terreno religioso es dónde sus diferencias son mayores ya que valoran y consideran la religión como muy importante en su vida y se declaran religiosos y practicantes en una proporción mucho mayor que los españoles (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009: 61). Esta presencia de la religión, que todos los inmigrantes marroquíes entrevistados reivindican,

¹²⁶ La palabra *moro*, procede de la latina *maurus*, que designaba a los habitantes de la antigua provincia romana de Mauritania. Los europeos medievales los catalogaron a partir de esta raíz greco-latina como *moros*. A su vez el término latino procede del griego *Mavritània*: “país de los negros”. Fuera de Marruecos la zona berebere se denomina también la Kabilia (Wikipedia, 2009).

se percibe en muchos aspectos de la vida cotidiana (relaciones familiares y de género, alimentación, ocio, oración, interacciones sociales con vecinos, amigos, compañeros de trabajo, etc.), y no se asocia, según este informe y según las observaciones y los datos recogidos en las entrevistas, a posicionamientos rígidos, excluyentes o fundamentalistas, sino más bien a un Islam tolerante y pacífico.

Una vez revisado sucintamente el contexto de origen de los y las migrantes de la muestra, en el apartado siguiente se mostrará el contexto de acogida, de forma que se facilite la comprensión de los relatos de las y los inmigrantes entrevistados.

4.3. Escenarios y condiciones materiales de vida en la Comunidad Valenciana ¹²⁷

Oficialmente denominada *Comunitat Valenciana*¹²⁸ es una de las 17 comunidades autónomas del Estado español y es considerada como una nacionalidad histórica, según el Artículo 2º de la Constitución Española de 1978.

Situada al Este de la Península Ibérica y bañada por el mar Mediterráneo consta, de norte a sur, de tres provincias: Castellón, Valencia y Alicante, siendo su capital administrativa la ciudad de Valencia. Se constituyó como comunidad autónoma en el año 1982, tras la aprobación de su Estatuto de Autonomía. Desde el punto de vista territorial limita al norte con Cataluña y Aragón, al oeste con Castilla-La Mancha y Aragón, y al sur con la comunidad autónoma de Murcia. Tiene una superficie de 23.255km² y es la 8ª autonomía más extensa de España. La valenciana es una comunidad bilingüe con dos lenguas oficiales, el castellano y el valenciano (*valencià*), esta última dentro del dominio lingüístico de la lengua catalana es considerada la lengua

¹²⁷ Como ya se ha comentado, el trabajo de campo comenzó en Enero de 2008 y se alargó hasta mediados de 2010. Por este motivo, y con el objetivo de reflejar más fielmente el contexto socioeconómico y demográfico en el que se realizaron las técnicas de campo, los datos estadísticos de los diversos organismos oficiales consultados (Institut València d'Estadística (IVE), Instituto Nacional de Estadística (INE), Conselleria d'Economia, Hisenda, i Ocupació, CIERVAL, Ayuntamiento de Castellón, Ayuntamiento de Vila-real, Padrón Municipal de Castellón y Vila-real, etc.) están referidos fundamentalmente a este periodo. La información general sobre la Comunidad Valenciana recogida en este apartado puede encontrarse y ampliarse en los sitios web de la Generalitat Valenciana, www.gva.es; Instituto Nacional de Estadística (INE), www.ine.es; Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (IVIE), <http://www.ivie.es> y WIKIPEDIA (2012): «Comunidad Valenciana», Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Comunidad_Valenciana (Consultadas entre el 11/10/2012 y el 1/XI/2012),

¹²⁸ Desde finales del siglo XIX hasta los años 70 se denominó *Región Valenciana*. Otras denominaciones como *Reino de Valencia*, en alusión a su pasado histórico, y también *País Valenciano*/*País Valencià*, son citadas también en el Estatuto de Autonomía.

vernácula de los valencianos, con una amplia y consolidada tradición literaria y cultural.¹²⁹



Mapa 2. Comunidad valenciana

Según el INE (2012) en el territorio de la Comunidad Valenciana habitan en la actualidad 5.123.511 personas y su principal núcleo de población lo constituye la ciudad de Valencia con 798.033 habitantes. Según esta misma fuente, el 16,3% del total de las personas extranjeras en la Provincia de Castellón son originarias de Marruecos. Esta media es superior a la española (13,7% del total de extranjeros son de origen marroquí), y también a la media de la Comunidad Valenciana (8,8%).¹³⁰

La Comunidad Valenciana tiene en la producción industrial (sector secundario), el sector terciario -turístico y servicios- y el sector primario agrícola-ganadero los pilares de su economía, siendo ésta la cuarta más importante entre las comunidades autónomas españolas al generar el 9,6% del PIB español. En 2007, su índice de desarrollo humano (0.938 global de la Comunidad Valenciana- 0.941 provincia

¹²⁹ Desde la colonización feudal medieval, gracias a la llegada de colonos procedentes de Cataluña, el valenciano fue la lengua mayoritaria en todo el Reino de Valencia con la excepción de las comarcas fronterizas con Aragón, donde los colonos aragoneses fueron mayoría y con ellos el uso del castellano como lengua vehicular. Estas zonas de predominio lingüístico siguen estando vigentes en la actualidad, siendo la franja costera y comarcas contiguas (75% del territorio-87% de la población) de predominio del valenciano y la franja interior y central-occidental y el sur de la Comunidad (25% del territorio-13% de la población) de predominio de uso del castellano. Véase WIKIPEDIA (2012): «País Valencià», Disponible en http://ca.wikipedia.org/wiki/Pa%C3%ADs_Valenci%C3%A0 (Consulta 11/10/2012).

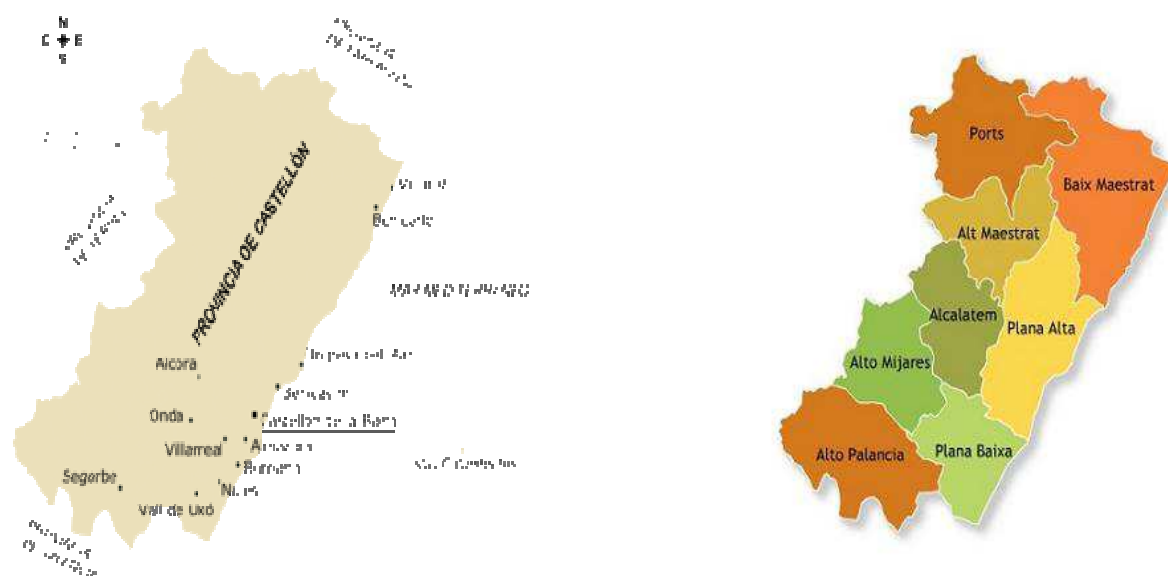
¹³⁰ Para una mejor contextualización demográfica de la población inmigrante marroquí en España, Comunidad Valenciana, Castellón y Vila-real, véase Anexo 3.

Castellón; 0.946 provincia Valencia; 0.930 provincia Alicante) era el 12º mayor de España (IVIE, 2012).¹³¹

La provincia de Castellón, limita al norte con la provincia de Tarragona, al este con el Mar Mediterráneo, al oeste con la provincia de Teruel y al sur con la provincia de Valencia, siendo la provincia situada más al norte de la tres que componen la Comunidad Valenciana, Castellón, Valencia y Alicante (Ayuntamiento Castellón, 2012). Castellón está dividida en ocho comarcas: Alcañón, Alto Maestrazgo, Bajo Maestrazgo, Alto Mijares, Alto Palancia, Puertos de Morella, y la Plana Alta y la Plana Baja donde se ubican las dos ciudades elegidas para el trabajo de campo: la capital, Castellón de la Plana y Vila-real respectivamente, y son las dos comarcas costeras más densamente pobladas, donde se concentra la mayor actividad económica de la provincia y el mayor número de población inmigrante extracomunitaria.

Si nos fijamos en la población marroquí en la provincia de Castellón vemos que se concentra en las tres comarcas costeras en las que también se concentra la mayoría de la población inmigrante: la Plana Alta con 29% del total de población marroquí en la provincia, la Plana Baja con 39%, y Bajo Maestrazgo 27%. El 5% restante de población marroquí se distribuye por otras comarcas del interior (OPI-UJI, 2011).

¹³¹ Según datos recabados por el Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (IVIE, 2012) relativos al Índice de Desarrollo Humano y los tres subíndices que lo componen: Índice de Esperanza de vida (IEV), Índice de Educación (IE) e Índice del PIB (IPIB) de provincias y comunidades autónomas en el periodo 1980-2007. El IVIE ha calculado estos IDH tomando como referencia los datos de INE, Ministerio de Educación y Banco Mundial. No se han encontrado datos más actualizados de este indicador relativos al periodo en el que se realizó el trabajo de campo y las entrevistas a los y las inmigrantes marroquíes en Castellón.



Mapa 3. Provincia y comarcas de Catellón

La población inmigrante marroquí empadronada en las ciudades de Castellón de la Plana y Vila-real durante el periodo 2008-2012 (que comprende el periodo en que se realiza el trabajo de campo) es la siguiente:

Inmigrantes marroquíes en Castellón. Padrón Municipal, 2012					
	2008	2009	2010	2011	2012
Mujeres	935	1019	1072	1090	1090
Hombres	1442	1464	1456	1406	1413
Total	2377	2483	2528	2496	2503

Tabla 4. Inmigrantes marroquíes en Castellón. Padrón municipal 2012. Ayuntamiento de Castellón. Elaboración propia

Inmigrantes marroquíes en Vila-real. Padrón Municipal, 2012					
	2008	2009	2010	2011	2012
Mujeres	648	649	689	709	702
Hombres	1128	1109	1102	1096	1060
Total	1776	1758	1791	1805	1762

Tabla 5. Inmigrantes marroquíes en Vila-real. Padrón Municipal, 2012. Ayuntamiento de Vila-real. Elaboración propia

Según el INE (2012) aproximadamente el 39,9% de los migrantes de la provincia de Castellón residen en estas dos ciudades. Las cifras del Padrón Municipal no recogen los/as inmigrantes marroquíes (o extranjeros/as en general) en ambas ciudades que no están registrados/as y se encuentran en situación administrativa irregular. Tampoco recogen a los/as marroquíes que se encuentran en tránsito en estas ciudades por diferentes motivos: familiares, turismo, estudios, etc, ni a los/as que, habiendo abandonado o cambiado su residencia no han notificado este hecho en el registro municipal del correspondiente Ayuntamiento.

Las dos ciudades donde se ha realizado este estudio están comunicadas a través de la Autopista del Mediterráneo AP-7, la carretera nacional N-340 y la autovía comarcal CV-10, así como el ferrocarril Valencia-Barcelona, que atraviesan la provincia y las comarcas de La Plana Alta y La Plana Baja de norte a sur. El aeropuerto más cercano a estos núcleos de población es el de Valencia-Manises, a 65 km de Castellón.

El clima de la comarcas de La Plana Alta y Baja donde se ubican Castellón de la Plana y Vila-real es típicamente mediterráneo, con lluvias estacionales, templado, con inviernos suaves y húmedos por la proximidad al mar y veranos secos y calurosos. En las comarcas montañosas del interior el clima es más frío, con nieves ocasionales en los meses de invierno y veranos igualmente secos y calurosos. La media de temperatura anual es de 17.8 °C, con valores medios entre 10.4°C en los meses más fríos de Enero-Febrero y 25.0 °C en Agosto (AEMET, 2012). Este clima templado de la zona hace posible una vida social intensa en las calles, parques y plazas de Castellón de la Plana y Vila-real y tiene implicaciones en las vidas de los inmigrantes, en su sociabilidad y visibilización dentro del espacio público. En las sociedades con climas benignos no se requieren grandes inversiones en locales para reuniones, ocio y tiempo libre ya que las temperaturas templadas permiten que las relaciones sociales en la calle ocupen un espacio importante en las vidas de las personas.

En definitiva, el clima templado favorece una vida social más amplia y rica. Este fenómeno de sociabilidad urbana se ejemplifica bien en ambas ciudades, en las que es frecuente observar que lugares -plazas y parques de los barrios donde la densidad de población inmigrante es mayor-, que antes del crecimiento de la población inmigrante eran “no-lugares”, o simplemente lugares de paso desde el punto de vista de su ocupación y usos públicos, sean ahora puntos de encuentro para migrantes y también para autóctonos, lugares donde los niños juegan y los adultos charlan, pasan su tiempo

de ocio sin necesidad de gastar dinero, de mercantilizar el tiempo libre. En los barrios y plazas con mayor población inmigrante se han instalado pequeños comercios y bares, regentados a veces por los propios inmigrantes, que han venido a dinamizar la vida social de esos contextos urbanos.¹³²

La inmigración marroquí en la Comunitat Valenciana, y en concreto los sujetos de este estudio, se encuentran con una orografía y unas condiciones climáticas que no difieren demasiado de la de sus zonas de origen en Marruecos y que, por tanto, no les obligan a desarrollar adaptaciones fuertes en sus hábitats de vida.

4.3.1. Economía y acceso al empleo de la población inmigrada¹³³

Al referirse al mercado laboral valenciano Piqueras (2007: 187-188) explica que, dada la ubicación geográfica de la Comunidad Valenciana en el Arco Mediterráneo y su accesibilidad, el territorio valenciano ha estado recibiendo la localización de actividades derivadas de las fuerzas centrífugas de la inversión que se centran en actividades netamente especulativas más que productivas. Según Piqueras, el mercado laboral valenciano responde al proceso de desregulación social en curso desde el año 1997, que se ha venido concretando en una disminución drástica de la importancia del empleo fijo, con altas tasas de temporalidad (casi 3 puntos más que la media española y 2,6 veces más que la de la Unión Europea), con una importante tasa de empleo a tiempo parcial en el sector privado de la industria, la construcción y los servicios, niveles salariales relativamente bajos y altas dosis de trabajo informal y precario. En resumen prosigue, el valenciano es un mercado marcado

¹³² En las últimas semanas antes de terminar de redactar esta tesis volví a los escenarios donde se realizó el trabajo de campo y la observación semiparticipante. Me llamó mucho la atención observar que habían desaparecido algunas de las tiendas de comestibles *ha-lâl* y que, en apariencia por lo menos, la ocupación de las calles por inmigrantes magrebíes parecía bastante inferior a la que pude observar durante el periodo de trabajo de campo entre 2008 y 2010. El retorno de inmigrantes por efectos de la crisis económica no es objeto de esta tesis y por tanto no se han buscado datos que confirmen que esta observación se ajusta a un cambio demográfico evidente, no obstante, se ha querido mostrar que pueden estar produciéndose cambios en el mapa demográfico de la inmigración magrebí/marroquí en Castellón.

¹³³ A pesar de las búsquedas realizadas, no se han encontrado estudios específicos relativos a las condiciones de vida material de la inmigración marroquí en la Comunidad Valenciana y/o Castellón. Todos los datos referidos a este colectivo de inmigrantes que puedan reflejar indirectamente sus condiciones de vida se han extraído de estudios generales sobre inmigración en España, Comunidad Valenciana, y/o Castellón, y son fundamentalmente de tipo demográfico y económico, referidos a su acceso y participación en el mercado laboral español de la población inmigrante.

[...] por la inestabilidad, degradación de las condiciones laborales, alta siniestralidad y relativamente bajos costes de la fuerza de trabajo. Características que le hacen especialmente propicio para ‘atraer’ la fuerza de trabajo migrante previamente vulnerabilizada, como un mercado migratorio de alta densidad y dinamismo (2007: 189).

Por sectores, la fuerza de trabajo inmigrante en la Comunidad Valenciana es similar a la del conjunto de la economía española, con mayor peso relativo en la construcción, hostelería, comercio y agricultura-ganadería. Como población más disponible para el empleo que la española, la inmigrante presentaba, hasta la llegada de la crisis económica, tasas de actividad superiores a las de la población autóctona valenciana. Esto se ejemplifica bien en el caso del mercado laboral agrícola, primera puerta de entrada de inmigración periférica -extracomunitaria- en la Comunidad Valenciana y sector que ocupa a una parte importante de los inmigrantes varones marroquíes. Así mismo el turismo, la construcción y la hostelería, sectores muy vinculados entre sí, atraen una gran cantidad de fuerza de trabajo inmigrante que tiene pocas posibilidades de acceder a la economía formal. Las condiciones antes mostradas del mercado laboral valenciano y la muy común situación de irregularidad de la que parte la fuerza de trabajo migrante es la que, según Piqueras, la hace más vulnerable y la expone a que su acceso al trabajo pase muchas veces por cauces no formales (Piqueras, 2007: 191).

En lo que concierne a la Provincia de Castellón, las estadísticas de extranjeros residentes hasta el año 1984 muestran que las cifras eran muy bajas en términos numéricos, apenas el 0,3% de la población total de la provincia, frente al 20% de inmigración española interna en el mismo periodo. Esta situación cambió radicalmente a partir de la última década del siglo XX con un incremento progresivo y rápido de la población inmigrante en la provincia. Así, el número de extranjeros empadronados se dobló en el periodo 1986-2000 y aumentó en un 570% en el periodo entre 2000 y 2004. De la población inmigrante, la rumana y la marroquí son los grupos más numerosos (Piqueras, 2007: 191-199).

El *Estudio diagnóstico. Población inmigrante de Castellón de la Plana 2010* (Ayuntamiento de Castellón, 2010) refleja que el número de parados por continente de procedencia es relativamente proporcional al tamaño del colectivo pero, sin embargo, los más desfavorecidos son los inmigrantes procedentes de África, cuyo porcentaje de parados supera en tres puntos al porcentaje de su población. En cuanto al paro por

sexos, es menor entre las mujeres procedentes de América Latina, y es mayor entre las procedentes de África en edades laborales comprendidas entre 25 y 45 años. La crisis económica que ha hecho entrar en recesión a la economía valenciana y española ha condicionado una precarización aún mayor de las condiciones laborales de los trabajadores inmigrantes, con altas tasas de desempleo.

La mayor parte de los contratos a inmigrantes en Castellón, también los que conciernen a los marroquíes y al resto de trabajadores del continente africano, se han venido dando en los sectores primario agrícola y construcción. En cuanto a la evolución general de la contratación a inmigrantes se ha visto muy afectada por la recesión económica con una precarización del mercado laboral: menos contratación, mayor temporalidad y más paro entre la población inmigrante que entre la autóctona en el periodo 2008-2010. Siguiendo el Informe anterior, los datos al respecto son contundentes cuando observamos lo ocurrido en la ciudad de Castellón de la Plana: si durante el año 2009 se realizaron un total de 11.945 contratos a inmigrantes, en el primer semestre de 2010, con la recesión económica ya imparable en la Comunidad, se registraron sólo 4700 contratos a inmigrantes en la ciudad, lo que representa sólo el 39,3% de los realizados en el año 2009. A esto hay que añadir otro dato que nos puede poner sobre aviso de las dificultades de la población inmigrante a la hora de sortear y resistir la crisis económica y de las dificultades especiales que sortean los que llegan del continente africano (marroquíes mayoritariamente): la distribución de esos contratos en el primer semestre de 2010 favoreció abiertamente a los inmigrantes de procedencia europea (66,3% de los contratos laborales) y perjudicó a los procedentes de África, que disminuyeron hasta el 10,8% (Ayuntamiento de Castellón, 2010: 22-23).

El análisis de las causas de esta desigualdad en el acceso al mercado laboral, de la situación desfavorable de la población africana en general y también de la marroquí en particular, sería motivo de otro estudio. En definitiva, el aumento del paro entre la población inmigrante de todas las procedencias en Castellón ha sido muy importante a partir del año 2008, coincidiendo con el periodo en que se realizó el trabajo de campo de esta investigación. Es de suponer el impacto de la crisis para la población marroquí en Castellón, aunque no se han encontrado datos que corroboren ese impacto en sus condiciones materiales de vida y salud.

4.3.2. Castellón de la Plana

Los restos arqueológicos encontrados parecen indicar que la Plana y los montes adyacentes pudieron estar habitados desde el Neolítico. También se han encontrado algunos restos íberos y romanos, pero no se ha podido constatar que la zona ocupada por la ciudad actual estuviera poblada antes de la Edad Media, aunque existe constancia de que durante la época musulmana la población vivía diseminada por toda la Plana en pequeños núcleos y casas de campo llamadas *alquerías*. Así pues, la reconquista de la Plana por Jaime I y la concesión de la Carta Puebla en 1251 marcó el comienzo de la historia de Castellón como ciudad.

El desarrollo histórico de la ciudad ha tenido varias fases destacadas que pasan por su creación en el siglo XIII, el impulso del siglo XVIII en el que se triplicó su población y, sobre todo, la etapa de crecimiento y urbanización que se inició en 1960 (Quereda y Ortells 1993:85-86), y se mantiene hasta nuestros días.

4.3.2.1. Estructura física

A 30 metros sobre el nivel del mar y a 4 km de la línea de costa,¹³⁴ en la llanura aluvial del Río Mijares, la ciudad de Castellón de la Plana tiene una superficie aproximada de 107.5 km². Las cadenas montañosas que ocupan casi la totalidad de la provincia y las sierras más orientales rodean esta llanura litoral. El término municipal de Castellón limita al norte con Benicásim, al este con el mar Mediterráneo a lo largo de 10 km de costa, al Sur con Almazora y Onda, y con San Juan de Moró, Alcora y Borriol al oeste.

La estructura medieval original de la ciudad, con calles perpendiculares alrededor de la calle Mayor, se fue modificando a partir de los años 60 con la ampliación urbanística de la ciudad y sobre todo con la creación de los llamados *Grupos*, asentamientos obreros que proliferaron al oeste de la ciudad, más allá de las vías del ferrocarril que constituyeron hasta su reciente reubicación y enterramiento, una auténtica barrera arquitectónica que dividía la ciudad en dos partes mal comunicadas a un lado y otro de las vías. Estos barrios, algunos de ellos de reducidas dimensiones,

¹³⁴ Coordenadas: 39°58'59"N 0°01'59"O. En su término municipal se encuentra la confluencia del paralelo 40° y el meridiano 0° de Greenwich.

fruto de la escasa o nula planificación urbana, se caracterizaron por su aparición progresiva y descontrolada, entre huertos e industrias, con una trama urbana caótica, deficiencias estructurales importantes y mal comunicados con la ciudad (Piñón, 1999: 186).

A partir de los años 60-70 del pasado siglo, estos barrios de la periferia fueron lugares de asentamiento de las migraciones internas campo-ciudad que condicionaron el despoblamiento de muchas comarcas y pueblos del interior de la provincia, y lugar también de establecimiento de miles de inmigrantes procedentes de otras regiones más pobres del país, sobre todo andaluces, manchegos y murcianos, que se convirtieron en mano de obra para el campo castellonense y también -y sobre todo- para la industria (cerámica y química principalmente) que, a partir de los años 70-80, serán, junto a la construcción, sectores productivos en auge en la provincia de Castellón, que generarán gran cantidad de puestos de trabajo.

En la década de los 90, el diseño y ampliación progresiva del campus de la Universitat Jaume I, creada en 1991 y de los barrios aledaños, el desvío de la carretera Nacional 340, el enterramiento de la vía férrea, y el encauzamiento del Río Seco que impedía el crecimiento de la ciudad por el norte y noroeste, supusieron retos importantes para la ciudad. Así mismo, el desarrollo de los sucesivos planes de ordenación urbana, los Planes de Reforma Interior -PERI-, han venido ampliado hasta la actualidad el perímetro de la ciudad y modificando su fisonomía con barrios residenciales de nueva creación diseñados para acoger a la boyante población de clase media y medio-alta que proliferó en la ciudad hasta la llegada de la crisis económica.

4.3.2.2. Distribución urbana de la inmigración en Castellón

A partir de los años 90 Castellón se convertirá en una ciudad multicultural con la llegada de importantes flujos de población inmigrante extracomunitaria. Según Piqueras la evolución de la inmigración periférica en la Comunidad Valenciana seguirá las mismas dinámicas y ciclos generales de llegada de la inmigración en España (2007: 182). En el caso de Castellón se dan, además, algunas características diferenciales, como por ejemplo la importante concentración de población rumana -la mayor de toda la Comunidad Valenciana- y un incremento notable y evidente de la población norteafricana, siendo las dos ciudades donde se ha realizado el trabajo de campo, Castellón de la Plana y Vila-real, las de mayor concentración de población marroquí de

toda la provincia: 712 nuevos migrantes marroquíes se empadronaron en la ciudad de Castellón en el periodo 2006-2010, lo que supuso, según el *Estudio diagnóstico de la población inmigrante de Castellón 2010*, un aumento del 39,62% (Ayuntamiento de Castellón, 2010).

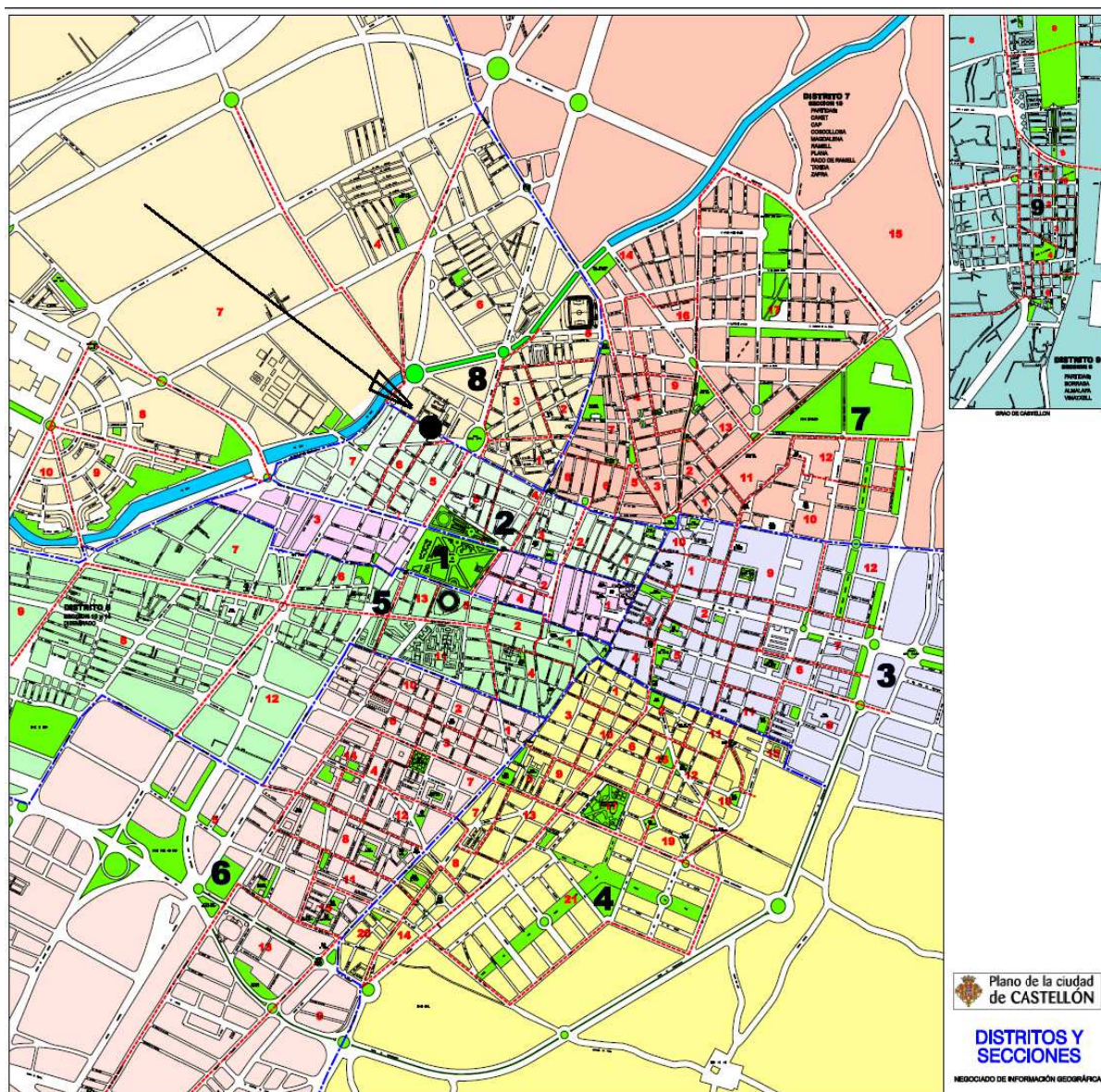
Al llegar a la ciudad, en los años 60-70, los/las inmigrantes de otras provincias y ciudades de España buscaban el amparo de otros familiares o conocidos de su mismo pueblo o ciudad que ya vivían en barrios de la periferia de Castellón. De la misma forma, la población inmigrante marroquí tiende a asentarse también en los distritos de la ciudad donde ya viven migrantes marroquíes y/o magrebíes, originarios incluso de las mismas ciudades del Norte de Marruecos, como por ejemplo Tánger o Tetuán, entre los que a veces hay lazos familiares o de amistad, y siempre lazos religiosos y culturales.

Sin embargo, la población inmigrante no comunitaria que llega a Castellón en las dos últimas décadas ya no va a seguir el patrón de asentamiento en barrios periféricos de nueva creación que siguieron los inmigrantes internos -españoles- de los años 60-70: la población inmigrante se distribuye por la mayoría de los 9 distritos administrativos de la ciudad aunque no de manera homogénea, con tendencia a agruparse también por nacionalidades, lo que confirma la influencia permanente de las redes migratorias a la hora de elegir el destino de llegada y el barrio de residencia. No se construyen nuevos barrios de aluvión para población inmigrante, no hay barrios-gueto para inmigrantes en la ciudad de Castellón, pero sí concentraciones no homogéneas de población inmigrante según nacionalidades y distritos. Este mismo informe del Ayuntamiento de Castellón (2010) citado anteriormente señala que el porcentaje de población extranjera empadronada aumentó en todos los distritos durante el periodo 2006-2010, con una representación variable de las principales nacionalidades de procedencia en los diferentes distritos:

- Las personas de origen rumano representan casi el 25% de la población en el distrito 2 y alrededor del 6% en el distrito 9.
- *Las personas de origen marroquí tienen su máxima representación en los distritos 8 y 9 con el 2,8% y el 3,3 %, y los argelinos en el 8 con el 1,4%. El distrito 8 de la ciudad está más densamente poblado que el 9 que corresponde al Grao de Castellón, por lo que ese porcentaje del 2,8% supone, en términos absolutos mayor población marroquí en el distrito 8 que en el 9.*

- Las personas de origen colombiano se localizan en los distritos 4 y 6 y las peruanas suponen el 23% en el distrito 4.
- Las personas nigerianas se asientan sobre todo en los distritos 2, 8 y 6 con valores próximos al 1%.
- Las personas de origen chino superan el 1% de la población en el distrito 1 y el 24% en el distrito 4.

En el siguiente plano se reflejan los diferentes distritos de la ciudad, véase como el Centro Cultural Islámico se sitúa en el Noroeste de la ciudad, en el distrito 8, en el que se agrupa una buena parte de la población marroquí en Castellón.



Mapa 4. Plano de Castellón. Distritos y Secciones. Ayuntamiento de Castellón (2012)

(La flecha señala el lugar aproximado donde se sitúa la mezquita de Castellón)

Se cumple pues el patrón de asentamiento prioritario por nacionalidades, que tienden a agruparse formando concentraciones de población, como es el caso de los y las inmigrantes procedentes de Marruecos en los distritos 8 y 9 en los que vive el 46% de la población marroquí, o los argelinos también en el distrito 8 (el 29% de la inmigración argelina viven en ese distrito).¹³⁵

¹³⁵ Para una mayor contextualización de los escenarios de vida de la población marroquí en Castellón, véase Anexo 4. Documentos fotográficos

En el caso de la inmigración magrebí árabe musulmana (marroquíes y argelinos sobre todo) se hace evidente que tienden a concentrarse en el distrito 8. Posiblemente, como ya se ha mencionado, son muchas las ventajas que tal concentración supone para las personas inmigradas magrebíes en general y marroquíes en particular, y a ellas se suma otro motivo de atracción hacia ese distrito: la proximidad al Centro Cultural Islámico de Castellón, la mezquita (Plano 1), ubicada en el mismo distrito. Allí también, si nos paseamos por sus calles, podremos encontrar, junto a los comercios de los autóctonos, pequeños comercios regentados por magrebíes: algún pequeño restaurante de comida árabe, verdulerías, carnicerías *hal-lâl*, que siguen el patrón de las antiguas tiendas de ultramarinos donde se venden productos que la inmigración magrebí necesita para mantener sus usos y costumbres relacionadas con la alimentación; pequeños comercios que dan servicio a esta población árabe musulmana y son puntos de encuentro de este colectivo de migrantes.

4.3.3. Vila-real, “la Vila”

Al llarg dels segles, Vila-real ha demostrat ser una vila oberta i creixent al si d’una societat agrària en constant reestructuració i, per què no, reinvenió. Fins a la segona meitat del segle XX, l’economia de Vila-real experimenta un constant reajustament des d’una economia tancada orientada a garantir la subsistència de la família amb una reduïda comercialització d’exedents que rarament ultrapassaven el mercat local o comarcal, a un sistema econòmic en el qual les transaccions comercials exteriors condicionen conreus i producció. Els reptes i canvis d’aquesta configuració del sistema econòmic transformaran les condicions socials i la mentalitat de la societat (Gil Vicent, 2010: 45).¹³⁶

Como explica Samuel Garrido, la agricultura de carácter intensivo orientada a la exportación, la alta densidad de población en la zona costera de regadío y la industrialización creciente a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI, marcarán la realidad económica y demográfica de la ciudad y harán de *La Vila* un lugar de atracción migratoria, tanto de las migraciones internas de los años sesenta y

¹³⁶ Traducción propia: «A lo largo de los siglos, Vila-real ha demostrado ser un pueblo abierto y creciente en el seno de una sociedad agraria en constante reestructuración y, por qué no, reinvenición. Hasta la segunda mitad del siglo XX, la economía de Vila-real experimentó un constante reajuste desde una economía cerrada orientada a garantizar la subsistencia de la familia con una reducida comercialización de excedentes que rara vez sobrepasaban el mercado local o comarcal, aun sistema económico en el cual las transacciones comerciales exteriores condicionan cultivos y producción. Los retos y cambios de esta configuración del sistema económico transformarán las condiciones sociales y la mentalidad de la sociedad»

setenta, como de las migraciones exteriores en las últimas décadas del siglo XX y comienzos del XXI, al amparo de una economía valenciana muy vinculada a la de los países industrializados de Europa hasta la llegada de la crisis económica de 2008. Vila-real, como ciudad agrícola, industrial y de servicios se convirtió en un buen lugar para vivir y trabajar para muchos migrantes extracomunitarios. Así,

En la primera dècada del segle XXI, el padró d'habitants de la ciutat ha tornat a creixer a gran velocitat, però ara com a conseqüència de la vinguda d'immigrants de procedència estrangera, fet que ha representat la culminació del procés *d'obertura al món* de la ciutat (Garrido, 2010: 77).¹³⁷

Entre estos inmigrantes los marroquies, siendo Vila-real la segunda ciudad, tras Castellón, con mayor número de población inmigrada marroquí de toda la provincia.

4.3.3.1. Estructura física

La ciudad se sitúa a 7 Km al sur de Castellón de la Plana y a 60 km al norte de Valencia (latitud 39.56N, longitud 0.06 O). Al norte de la comarca de la Plana Baja, a 44 metros sobre el nivel del mar y en la llanura cuaternaria del río Mijares, el municipio actual ocupa 55,1 km² con los límites naturales del río Mijares al norte y el río Seco de Betxí al sur. Su término municipal linda con los de Almassora al norte, Borriana y Les Alqueries al este y sur, Nules y Betxi al sur-oeste y Onda al oeste. Su término municipal es un plano inclinado hacia levante y la ciudad no está abierta al mar. Su clima es templado, con temperaturas medias elevadas en invierno (10° C en Enero) y veranos secos y templados, con lluvias que no sobrepasan generalmente los 400mm anuales. (Ajuntament de Vila-real, 2012; Querol i altres, 2010: 223).

En cuanto a su estructura urbana:

En la segona meitat dels noranta i els primers anys del nou mil.lenni s'ha viscut a Espanya una dècada de canvis socioeconòmics i territorials sense parangó en la història anterior. Vila-real no ha estat al marge, però ho ha fet més en els canvis demogràfics que en el territori. La consolidació i la planificació urbana ha impedit que es formaren assentaments irregulars. Contràriament, s'han recuperat habitatges en degradació en zones del nucli antic. Les reformes interiors o la restauració d'edificis emblemàtics han estat les principals actuacions. A diferència de ciutats veïnes, con Castelló o Borriana, no s'ha

¹³⁷ Traducción propia: «En la primera década del siglo XXI, el padrón de habitantes de la ciudad ha vuelto a crecer a gran velocidad, pero ahora como consecuencia de la venida de inmigrantes de procedencia extranjera, hecho que ha supuesto la culminación del proceso de “apertura al mundo” de la ciudad»

executat cap Pla d'actuació integrada (PAI) [...] La forma externa de la ciutat actual s'ha difuminat amb el pas del temps per l'ocupació progressiva del territori, tant per l'ús residencial com per l'industrial. Els límits orientals són contundents, a mena de mur de contenció del creiximent per part del ferrocarril i de la carretera N-340. Tan sols usos terciaris, con l'Hospital de la Plana, han conseguit superar aquesta barrera lineal. Per ponent, la morfologia és ben diferent i està marcada pel creiximent tentacular guiat per antics camins rurals, ocupats en els seu voltants per tallers i fàbriques. La intensitat de l'ús industrial és quasi absoluta en el sud, amb les fàbriques més grans i, al nord-oest, amb el límit natural del Millars. El riu, també enmarca la ciutat disseminada dels masets, que en uns anys s'integrarà en la morfologia urbana, però sempre recordarà el parcel·lari agrícola inicial.

L'estructura urbana continua presidida per un centre històric multifuncional, residencial i terciari. Mantenir els habitatges de la vila i els ravals és un objectiu fonamental perquè no es degraden les zones antigues. Els habitatges d'inmigrants han ajudat a recuperar moltes edificacions (Ortells i Martí, 2010: 177).¹³⁸

4.3.3.2. Distribución urbana de la inmigración en Vila-real

Ortells y Martí explican también que Vila-real ha tenido grandes cambios sociales en los últimos años del siglo XX y el comienzo del siglo XXI de los cuales da buena cuenta la transformación del paisaje humano de la ciudad: «[...] colors, parles, creences, tradicions. Un conglomerat multicultural de 83 nacionalitats. Els canvis

¹³⁸ Traducción propia: «En la segunda mitad de los noventa y los primeros años del nuevo milenio se ha vivido en España una década de cambios socioeconómicos y territoriales sin parangón en la historia anterior. Vila-real no ha quedado al margen, pero lo ha hecho más en los cambios demográficos que en el territorio. La consolidación y planificación urbana ha impedido que se formaran asentamientos irregulares. Contrariamente, se han recuperado viviendas en degradación en zonas del casco antiguo. Las reformas interiores o la restauración de edificios emblemáticos han sido las principales actuaciones. A diferencia de ciudades vecinas, como Castellón o Borriana, no se ha ejecutado ningún Plan de actuación integrada (PAI) [...] La forma externa de la ciudad actual se ha difuminado con el paso del tiempo por la ocupación progresiva del territorio, tanto para el uso residencial como para el uso industrial. Los límites orientales son contundentes, a modo de muro de contención del crecimiento por parte del ferrocarril y de la carretera N-340. Tan solo usos terciarios, como el Hospital de la Plana, han conseguido superar esta barrera lineal. Por el poniente, la morfología es bien diferente y está marcada por el crecimiento tentacular guiado por antiguos caminos rurales ocupados en sus alrededores por talleres y fábricas. La intensidad del uso industrial es casi absoluta en el sur, con las fábricas más grandes i, al noroeste, con el límite natural del Mijares. El río también marca la ciudad disseminada de los *masets*, que en unos años se integrará en la morfología urbana, pero siempre recordará el parcelario agrícola inicial. La estructura urbana continúa presidida por un centro histórico multifuncional, residencial y terciario. Mantener las viviendas de la ciudad y de los barrios es el objetivo fundamental para que no se degraden las zonas antiguas. Las viviendas de los inmigrantes han ayudado a recuperar muchas edificaciones».

urbans no han estat tant importants, pero Vila-real ja supera els 50.000 habitants i en això entra en un nivel superior en el rang de les ciutats espanyoles» (2010: 168).¹³⁹

Al final del milenio en Vila-real, al igual que en el resto de estado español, el envejecimiento de la población, la caída de la natalidad y la reactivación económica del país, generaron necesidades de mano de obra que hicieron de esta ciudad un buen lugar para vivir y trabajar. En 1997 empezó a hacerse patente la presencia creciente de trabajadores inmigrantes en los sectores de la construcción, el campo y los servicios. En la década entre 1997 y 2008 la población inmigrada empadronada en Vila-real pasó de 267 personas de 36 nacionalidades, a 7816 personas de 83 nacionalidades. En cuanto a la población marroquí en este mismo periodo paso de 82 personas en 1997, a 1779 personas en 2008.

En Vila-real, dada su ordenación del suelo y el crecimiento regulado de la ciudad, no aparecerán grupos periféricos de viviendas, nuevos asentamientos en barrios y la población inmigrante que en los primeros años ocupará alquilerías y *masets* abandonados (casas de campo dispersas) por el término municipal, pronto mejorará su nivel económico al encontrar trabajo y esto tendrá dos consecuencias positivas para la ciudad (Ortells i Martí, 2010: 168-175):

1.- Muchos inmigrantes alquilarán o comprarán viviendas en la Vila lo que activará el mercado inmobiliario de la ciudad y contribuirá a inflar la burbuja inmobiliaria.

2.- Al mejorar su nivel económico, la población inmigrante en Vila-real contribuirá al mantenimiento y rehabilitación de muchas viviendas del casco antiguo que estaban en condiciones precarias.

En cuanto a la distribución de la población marroquí por distritos según datos del padrón Municipal (Ayuntamiento de Vila-real) durante el periodo 2008-2010 en que se realiza el trabajo de campo es el siguiente:

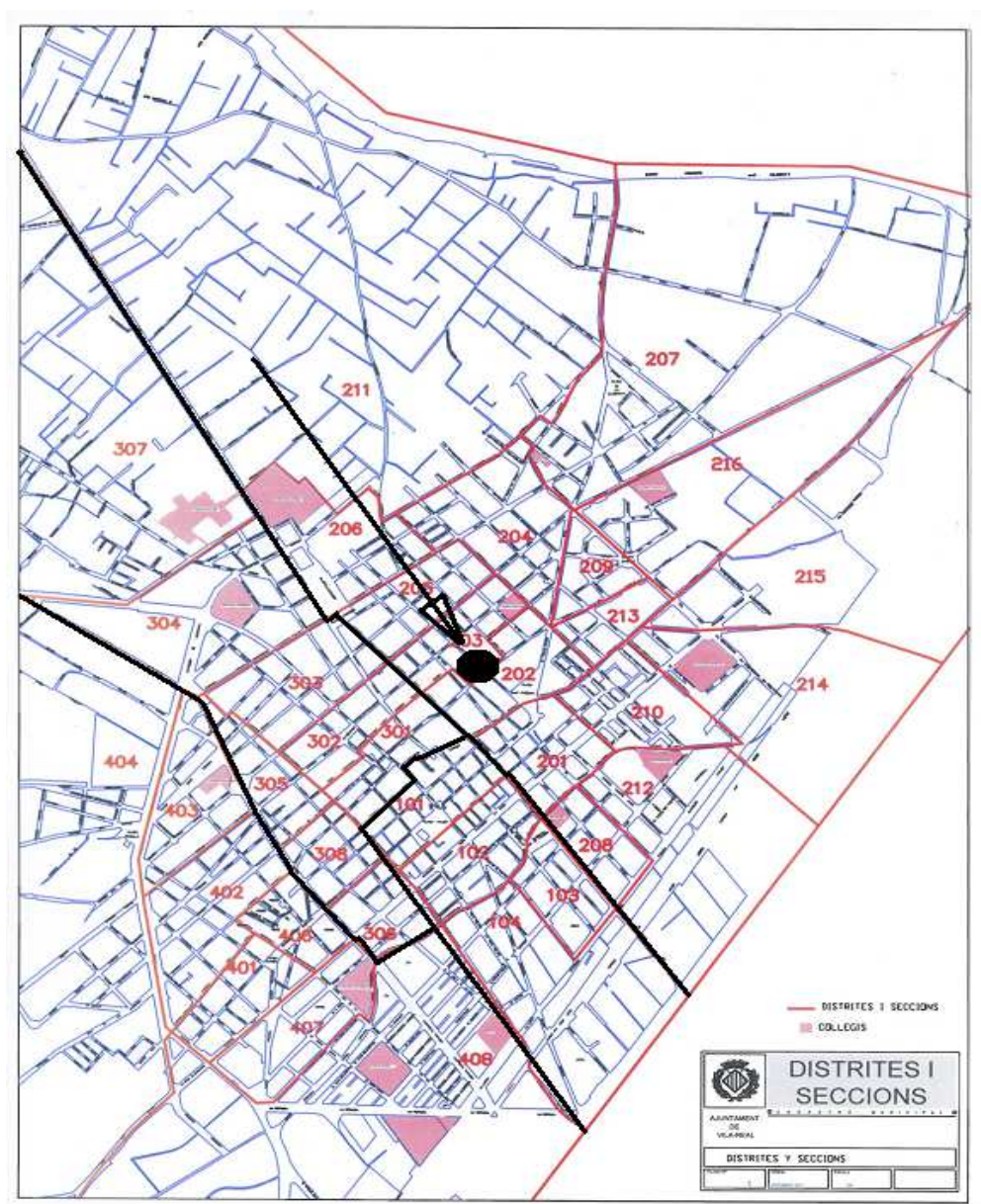
¹³⁹ Traducción propia: «colores, lenguas, creencias y tradiciones. Un conglomerado multicultural de 83 nacionalidades. Los cambios urbanos no han sido tan importantes, peor Vila-real ya supera los 50.000 habitantes y con eso entra en el rango superior de las ciudades españolas».

Distrito	Año 2008	Año 2009	Año 2010
1	231	221	195
2	735	743	770
3	419	407	424
4	391	387	402

Tabla 6. Distribución de la población marroquí por distritos en Vila-real Elaboración propia según datos del Padrón municipal. Ayuntamiento de Vila-real.

El Centro Cultural Islámico se sitúa descentrado en el distrito 2, y próximo al distrito 3. En ambos distritos vive más de la mitad de la población marroquí de Vila-real (66,6% aproximadamente), lo que podría interpretarse como un patrón semejante de agrupación urbana de los inmigrantes marroquíes en Castellón de la Plana en el distrito 8: quizá la proximidad a la mezquita atrae a los y las inmigrantes marroquíes a esos distritos, o de manera inversa, las mezquitas son situadas en los barrios de mayor concentración/agrupación de migrantes magrebíes de religión musulmana.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Para una mayor contextualización de los escenarios de vida de la población marroquí en Vila-real, véase Anexo 4. Documentos fotográficos



Mapa 5. Plano de Vila-real. Distritos y Secciones. Ajuntament de Vila-real, 2012.

(La flecha señala el lugar aproximado donde se sitúa la mezquita de Vila-real)

Una vez presentados los diversos contextos de origen y de acogida, así como las condiciones de vida material de la inmigración marroquí en Castellón, en el apartado que sigue se abordará la sociabilidad de este colectivo de forma que podamos tener suficientes elementos de conocimiento de este colectivo inmigrado a la hora de analizar e interpretar sus discursos. Interesa conocer bien los escenarios en los que se ha realizado el trabajo de campo.

4.3.4. Sociabilidad del colectivo marroquí

La vida personal, familiar y social de la inmigración marroquí en las ciudades donde se ha realizado el estudio está focalizada en dos espacios principales: la mezquita y la casa. Estos son los lugares por excelencia para el encuentro y la socialización de los inmigrantes marroquíes. Su visibilidad es menor en lugares públicos de ocio, cines, cafeterías, restaurantes, etc.; pero su discreta presencia en parques, plazas, calles, supermercados y tiendas diversas, en los alrededores de las escuelas públicas donde están escolarizados sus hijos, también en centros de salud, así como en los barrios de mayor concentración de población árabe musulmana, no pasa desapercibida. Es posible que los factores culturales y religiosos tengan algo que ver con este patrón de sociabilidad diferente y más restringida que la autóctona, y con la pobre vinculación social que, en general, parecen desarrollar tanto los y las inmigrantes de primera generación, como las segundas generaciones. No obstante, no hay que descartar otros factores económicos, de género y de clase social entre sus causas.

Cabe resaltar que en la inmigración las mezquitas son parte del entramado más complejo de los denominados Centros Culturales Islámicos donde los imames, como guías y consejeros religiosos de la *umma*, comunidad de creyentes musulmanes, realizan sus tareas con la ayuda de otros voluntarios. Las actividades de estos centros culturales, con sus presidentes a la cabeza, son fundamentalmente de dos tipos: las relacionadas con el culto, consejo y educación religiosa, y las de carácter social que se concretan en diversos proyectos de integración en la sociedad de acogida, asesoramiento socio-jurídico de los inmigrantes, enseñanza de las lenguas autóctonas (castellano-valenciano) y también del árabe para hijos de inmigrantes, así como actividades de solidaridad y apoyo mutuo.¹⁴¹ Estas actividades de índole social tratan a grandes rasgos de fomentar el encuentro y socialización interna de la comunidad musulmana inmigrada, estimular el conocimiento mutuo de migrantes y autóctonos y la vinculación social de los inmigrantes musulmanes, sin olvidar los componentes de control social del colectivo

¹⁴¹ Sirva como ejemplo el Centro Cultural Islámico de Valencia http://www.webcciv.org/web/?page_id=463 y su interesante programa de voluntariado social en el barrio valenciano de Orriols donde promueve los llamados *Banco de Favores* y *Banco de Alimentos*, con los que se ejerce la solidaridad y el apoyo mutuo entre inmigrantes musulmanes y autóctonos afectados todos ellos por la crisis económica.

árabe musulmán inmigrado que también circulan, según se deduce de las entrevistas formales e informales con los/as informantes.

Así, las mezquitas de la inmigración se convierten en centros polifuncionales. Los Centros Culturales Islámicos de Castellón y Vila-real no poseen ninguna significación arquitectónica especial, están ubicados en los bajos de edificios de viviendas, en barrios obreros que recogen una buena parte de la inmigración magrebí. No obstante ejercen también labores sociales de índole similar al antes mencionado de Valencia u otros de grandes ciudades como Madrid, con ubicaciones más visibles y características arquitectónicas diferenciales y de mayor envergadura que incluyen, por ejemplo, la presencia de minaretes, amplias salas de oración y mayor riqueza ornamental.

Los hombres marroquíes, como el resto de los magrebíes ocupan el espacio público, van a la mezquita, regentan algunos comercios de barrio, trabajan en diferentes sectores productivos (construcción y agrícola mayoritariamente), se les puede ver también en algunos cafés que son punto de encuentro, o en compañía de sus mujeres e hijos en los supermercados, o paseando por las calles.

Las mujeres no suelen frecuentar la mezquita, rezan en sus casas y es poco frecuente verlas en espacios de ocio. Las encontramos, sin embargo, en las calles, los supermercados y en los parques, acompañadas de sus parejas o en grupos de mujeres, acompañadas de sus hijos/as, a veces caminando solas o en pequeños grupos haciendo ejercicio por algunas zonas peatonales de la Avenida del Mar (distrito 9- Grao de Castellón) donde también residen familias magrebíes. La mayoría visten su indumentaria habitual que suele incluir el *hijab* (variedad de velo islámico), en mucha menor medida visten -muy escasamente- el *niqap*. En los periodos de observación durante el trabajo de campo, no he observado ninguna mujer ni en Castellón ni en Vila-real vistiendo *burka*.

Al referirse a la sociabilidad en la inmigración, mención especial merece la -*aqiqa*- o –“fiesta del nombre, o fiesta de dar el nombre”, según la llaman en castellano los y las migrantes marroquíes-, que es una celebración de bienvenida del hijo/a a la familia y a la comunidad de creyentes (*umma*). Esta fiesta adquiere en la inmigración un simbolismo y relevancia aún mayor, si cabe, que cuando se practica en Marruecos ya que constituye un momento importante no sólo de celebración familiar, sino de

socialización y creación de vínculos de amistad y solidaridad dentro del propio colectivo de migrantes árabe musulmanes. La *aqiqa* refuerza los vínculos identitarios y de género, y la cohesión social dentro del grupo social y marca también la posición social de la familia. Más que una fiesta religiosa es un evento social de especial relevancia que, más allá de sus connotaciones religiosas, con más o menos boato en función de la disponibilidad económica, será siempre celebrada.

Ni el Corán ni la *sunnah*, las dos fuentes de doctrina que regulan la forma de vida acorde al Islam, establecen liturgias relacionadas con el nacimiento, el matrimonio o los funerales. En el Islam no hay celebraciones litúrgicas, pero sí tradiciones, costumbres no homogéneas respecto a esos eventos que se practican con regularidad. Así, cuando nace un niño/a el padre siempre le recita al oído derecho el *adhân*, la oración de bendición con la que se incorpora al niño/a a la fe islámica y se intenta preservarlo del mal desde el momento de su nacimiento. *Al Adhân* se denomina también la llamada al rezo del muecín, la oración *-salat-*, que es uno de los cinco preceptos del Islam, junto a la profesión de fe, la limosna, el ayuno de Ramadán y la peregrinación a la Meca. La *aqiqa* es la celebración social y familiar del nacimiento en el transcurso de la cual se le da el nombre al hijo/a. Se suele celebrar a los siete días del nacimiento o cuando la madre se ha recuperado del parto. En árabe dialectal, en Marruecos se la denomina también *saba'a o sabah*, “día del nombre” en referencia al séptimo día tras el nacimiento en que se le otorga en nombre al hijo/a. Su performance varía según los contextos culturales islámicos. La *aqiqa* no es obligatoria pero se recomienda hacerla. Normalmente la familia -los hombres de la familia o amigos- sacrifican un animal, un cordero generalmente, un ave, o ambos, en función del nivel económico familiar, y reparten la carne entre familiares, amigos y vecinos para que todos coman y celebren el nacimiento en un ejercicio conjunto y festivo de amistad, cariño, solidaridad y también limosna.

En el Marruecos inmigrado en Castellón esta fiesta se repite tras cada nacimiento y se convierte en motivo de alegría y especiales preparativos que terminan siempre en una reunión en la que se come la carne de los animales sacrificados, siempre cocinada exquisitamente, muchos dulces de delicada elaboración artesanal, te y bebidas no alcohólicas. La fiesta es larga, dura casi todo el día y la separación de géneros es obligada: a medio día la celebran los hombres de la familia y los amigos, y por la tarde son las mujeres de la familia, amigas y vecinas, con sus mejores galas (caftanes

tradicionales marroquíes¹⁴² o vestidos de corte *occidental*), y sus niños/as los que ocupan la casa del recién nacido, vacía ya de hombres adultos, para celebrar su fiesta. Entonces, antes y/o después de comer las mujeres suelen bailar al son de la música árabe-magrebí más actual y conversan animada y alegremente hasta bien entrada la noche.¹⁴³ A todas las participantes se les obsequia siempre con un pequeño regalo: una bandejita o platito decorado que contiene dulces y/o golosinas, frutos secos, etc. La costumbre islámica de la *aqiqa* es muy importante en el ámbito de la sociabilidad del Magreb. En la inmigración parece ser también un momento importante de encuentro, socialización y refuerzo identitario de los/las inmigrantes, por lo que desde una perspectiva holística de salud psico-social y cultural, de bienestar, merece ser tenida en cuenta.

Otro momento importante para el encuentro familiar y social de los y las inmigrantes marroquíes en Castellón es la fiesta de ruptura del ayuno del Ramadán, *Eid al-Fitr*, celebración especialmente interesante por lo que concierne a la convivialidad que la acompaña. Los mayores aprovechan para estrenar siempre que pueden ropas nuevas, los niños reciben pequeños regalos y dulces, y las familias y amigos se visitan en sus hogares y comen alimentos y recetas especiales típicas de ese día señalado, que se entregan y/o comparten con los amigos y familiares como símbolo de amistad y amor.

Setenta días más tarde, es la Fiesta Grande, o *Eid al-Adha*, también llamada *Aid el-Kebir* o *fiesta fiesta del cordero o del sacrificio*, en la que se conmemora un pasaje común en la Biblia y en el Corán en el que Abrahán (*hibrahim*) muestra la intención de matar a su hijo en un acto de obediencia y completa sumisión a Dios, y éste le perdona la vida al hijo, proporcionándole un cordero para que sea sacrificado en su lugar. Este es otro tiempo para la convivencia y el refuerzo de los lazos sociales y religiosos.

Dentro de las dinámicas de género de la sociedad árabe musulmana marroquí la mujer sigue ocupando fundamentalmente el espacio privado del hogar, pero no se puede descartar que otros factores relacionados con la clase social, nivel de formación,

¹⁴² Vestidos tradicionales de fiesta en Marruecos.

¹⁴³ Así ocurrió en todas las fiestas de nacimiento a las que fui invitada con excepción de una de ellas en la que no hubo música ni baile para respetar el deseo de una de las amigas participantes que, practicante de un Islam más rigorista, no consideraba aceptable asistir si en la fiesta estaba presente la música y el baile.

percepción de islamofobia/maurofobia, puedan estar tras su, en general, pobre vinculación social y presencia pública en la inmigración. Su acceso al mercado laboral es muy limitado; muchas de ellas tienen dificultades de comunicación por desconocimiento del castellano y del francés, incluso las que no tienen estudios que sólo pueden comunicarse en árabe marroquí, todo lo cual, a modo de bucle que autoalimenta niveles variables de exclusión en la sociedad de acogida, dificulta sus interacciones sociales con la población autóctona, contribuye a su aislamiento social y, con frecuencia, a su repliegue en la familia y en su grupo de origen.

Capítulo 5. Interculturalidad, saberes y prácticas de salud

En este capítulo se presentan los datos que la literatura científica nos aporta sobre los sistemas médicos y las racionalidades curativas en Marruecos, así como sobre los saberes, prácticas y hábitos sanitarios entre la inmigración árabe musulmana marroquí. Se hace necesario, antes de adentrarnos en el análisis de los datos que emergen de las entrevistas, clarificar estos aspectos importantes relacionados con el campo de la salud.

En el Apartado 5.1 se precisarán conceptos relacionados con los sistemas médicos de forma que en el Apartado 5.2 podamos acercarnos y profundizar, desde una perspectiva sociocultural, en los diferentes sistemas médicos y racionalidades curativas que dan soporte y explican las dinámicas de los procesos de salud-enfermedad-atención de los y las inmigrantes marroquíes. En el Apartado 5.3 se revisan las prácticas y hábitos sanitarios que la inmigración árabe musulmana marroquí reconoce y reproduce total o parcialmente en sus destinos migratorios.

5.1. De los saberes de salud y los sistemas médicos. Precisando conceptos relacionados

La salud es un proceso positivo, dinámico y real, en el que se engloban aquellos aspectos de la vida que pueden dar al ser humano bienestar, felicidad y paz. De esta forma, en la satisfacción de las necesidades humanas básicas se imbrican con el bienestar y el equilibrio dinámico biofísico, psicológico y sociocultural de todo ser humano, de tal forma que la salud no puede ser entendida si no es en un sentido holístico, como un proceso, y nunca como un estado. La salud, como «proceso permanente de equilibrio dinámico de todos los factores que componen la vida humana» (Boff, 2002: 117) lleva implícita la capacidad de funcionar autónomamente, el equilibrio y la alegría de vivir como valores constitutivos.

Aunque no existe un acuerdo universal sobre cómo definir la salud, desde una perspectiva de paz podemos entenderla no como una meta o estado perfecto que muchas veces resulta inalcanzable, sino como un proceso positivo, imperfecto y dinámico en el que se valoran todos aquellos aspectos de la vida que pueden dar al ser humano bienestar y armonía. Independientemente de las muchas definiciones de salud que existen y se manejan, parece obvio que tener salud es un requisito básico para poder desarrollar todas las potencialidades humanas. Hay una estrecha relación entre la satisfacción de las necesidades humanas básicas y la salud y una clara bidireccionalidad entre la salud y la paz de las personas y las sociedades. Gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr ha sido y es una aspiración legítima de todos los seres humanos y desde esta premisa podríamos afirmar que la salud es un derecho humano fundamental a implementar (Escrig, 2009: 251-252).

Frente a los diversos tipos de los padecimientos -sufrimientos- físicos, psicológicos o socio-culturales las personas se valen de diversas formas o estrategias de autoayuda o de buscar la ayuda en otras personas de su entorno, familia o grupo social.

They may, for example, decide to rest or take a home remedy, ask advice from a friend, relative or neighbour, consult a local priest, folk healer or “wise person”, or consult a doctor, provided that one is available. They may follow all of these steps, or perhaps only one or two of them, and may follow them in any order (Helman, 2007: 81).¹⁴⁴

¹⁴⁴ Traducción propia: « Pueden decidir, por ejemplo, reposar o tomar un remedio casero, pedir consejo a un amigo, familiar o vecino, consultar a un clérigo local, un sanador tradicional o a una persona sabia o consultar a un médico, si está disponible. Pueden seguir todos estos pasos o quizás sólo uno o dos de ellos, y seguirlos en cualquier orden».

El objetivo en todos los casos, y en todos los contextos socio-culturales, es disminuir el sufrimiento y la vulnerabilidad que acompaña a la vida humana, preservando la salud y con ella la vida.

Hay que destacar también que saberes, representaciones y prácticas relacionadas con el proceso de salud-enfermedad-atención, no se pueden entender de forma aislada sino en función del sistema cultural de pertenencia. De esta forma, todo sistema médico integra «[...]un conjunto de concepciones sobre la salud, la enfermedad y sus problemas asociados y también identifica al conjunto de prácticas específicas para el tratamiento de la enfermedad y para su prevención» (Comelles y Martínez Hernández, 1993: 87). Por lo tanto los sistemas médicos no se pueden separar ni entender aisladamente de otros aspectos definitorios de la sociedad en la que se desarrollan y de su organización social, política, económica y religiosa (Helman, 2007: 81).

Los sistemas médicos se definen culturalmente tanto si sus modelos conceptuales están fundamentados en el conocimiento científico, como en conocimientos empíricos y/o creencias mágico-religiosas; tienen una vertiente preventiva y otra curativa de las enfermedades de la cultura de la que son parte y también cumplen con otras funciones menos técnicas y más sociales, como son aumentar la cohesión e integración social y el sentido de pertenencia de las personas a la propia cultura. Tener presente esta consideración será importante a la hora de acercarnos en los apartados que siguen a las diferentes racionalidades y sistemas médicos en Marruecos, y a las prácticas sanitarias de los y las inmigrantes marroquíes.

Desde una posición de horizontalidad entre sistemas médicos la biomedicina, o medicina científico técnica occidental, surgida a partir del Renacimiento como consecuencia del enfrentamiento, y abandono progresivo, de los saberes médicos clásicos naturalistas que tuvieron su origen en la Grecia clásica, la podremos considerar como un sistema cultural y por lo tanto, como la define Comelles y Martínez Hernández, una etnomedicina fisiológicamente orientada (Escrig, 2009: 253; Comelles y Martínez Hernández, 1993: 57). Ampliamente desarrollada a partir de la Ilustración en las sociedades urbanas europeas, hoy en día está ampliamente extendida en todo el mundo, y funciona como sistema médico hegemónico en la mayoría de los contextos mundiales. La biomedicina se caracteriza desde sus orígenes por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades como entidades definidas y producidas por causas únicas (Comelles y Martínez Hernández, 1993: 85).

Además debemos añadir que este sistema médico tiene su campo de mayor dominio, influencia y eficacia en la terapéutica, que se ha desarrollado al amparo de los avances bio-tecnológicos.

Su gran eficacia técnica y simbólica está detrás de su hegemonía a nivel mundial, pero no hay que olvidar que sistema biomédico -medicina científico-técnica/medicina occidental o alopática- también genera exclusiones de otras formas de entender la salud y la enfermedad que no se ajustan a su paradigma científico-tecnológico. Entender esto es importante a la hora de estudiar los procesos de salud-enfermedad-atención de los inmigrantes marroquíes desde una perspectiva no etnocéntrica, que reconozca el valor de la pluralidad de creencias, representaciones y prácticas de este colectivo, cuando no siempre se ajustan al paradigma científico técnico de la biomedicina occidental. Es importante resaltar que la biomedicina es el sistema médico oficial (respaldado por las leyes) y hegemónico en España y también en Marruecos, pero no debemos olvidar que aunque un sistema sea oficial, no siempre es el más accesible y utilizado por la mayoría de las personas; esto ocurre en muchos países empobrecidos o menos ricos -también en Marruecos- en los que el sistema de salud oficial -biomédico- es deficitario en prestaciones y accesibilidad/cobertura universal a la población (Escrig, 2009: 256).

Sin embargo, las llamadas medicinas tradicionales, presentes en mayor o menor medida en todos los países y contextos geográficos y culturales, incluyen una amplia variedad de prácticas curativas y preventivas de las enfermedades. Desde la medicina tradicional china, la ayurveda hindú o la medicina *unani* árabe, entre otras, hasta una enorme variedad de medicinas desarrolladas por los pueblos indígenas en todo el mundo, todas comparten una visión holística a la personas y de sus procesos de salud-enfermedad-atención, y no explican los procesos de enfermar desde la unicausalidad. Conciben a la persona como *un todo* en el que los aspectos emocionales y espirituales no se pueden disgregar de los socio-culturales y biológicos (Escrig, 2009: 254). Los sistemas médicos tradicionales «[...] incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o combinación, para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades» (OMS, 2002: 1).

Importa también considerar que además de factores culturales, identitarios o ideológicos, la estructura social condiciona también poderosamente tanto la salud como

la paz de las personas y de los colectivos humanos. Pensar en los determinantes sociales de salud implica plantearnos de qué maneras los diversos factores estructurales -económicos, geopolíticos-, pueden afectar a las vidas de las personas en general, y a su salud y expectativas de vida en particular.

Así pues, el pluralismo médico, entendido como la coexistencia y la utilización potencial por la población de diversas formas de atención tradicionales, populares y/o biomédicas, es lo habitual en las sociedades actuales fuertemente estratificadas más allá de la clase social o pertenencia étnica (Menéndez, 2005: 34). Las fronteras entre sistemas médicos son a veces difusas y los préstamos y transacciones entre ellos son habituales: no hay fronteras claras entre los diferentes sistemas médicos en Marruecos - ni tampoco en España- y esto se traduce, a menudo, en el desarrollo de modelos explicativos del proceso salud-enfermedad fuertemente híbridos, y en la utilización simultánea de los diferentes sectores del cuidado de la salud, popular-folk-profesional¹⁴⁵ como es habitual en todos los contextos. Todo ello introduce mayor nivel de complejidad en el análisis comparativo de los diferentes sistemas médicos que dan soporte a las creencias, representaciones y prácticas sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad de los y las inmigrantes marroquíes.

Los procesos de salud-enfermedad-atención se resignifican y transforman en los espacios migratorios, de intersección cultural, y es en ellos donde se gestiona también la conflictividad que los acompaña. En la Declaración y Programa de Acción sobre una Cultura de Paz de Naciones Unidas se hace hincapié en que los avances hacia una Cultura de Paz se consiguen «[...] por medio de valores, actitudes, comportamientos y estilos de vida propicios para el fomento de la paz entre las personas, los grupos y las naciones» (ONU, 1999: 3). Atendiendo a esta idea, los lugares de intersección cultural son también, o pueden ser, escenarios para la negociación cultural en salud: para el reconocimiento de personas, saberes y prácticas diversas en el campo de la salud; para

¹⁴⁵ *Sector Popular*: 70-90% de la asistencia. Familia y mujeres cuidadoras. Gratuidad. Autotratamientos (medicinas, dietas, amuletos, rituales, frío-calor); *Sector Folk*: Curadores sagrados/seculares (fuera del sistema médico oficial): parteras, hueseros, sanadores, brujos, etc. Abordaje holístico. Valores culturales compartidos. Cercanía a la comunidad. *Sector profesional*: Profesiones sanitarias organizadas y legales, reconocidas y legitimadas en los estados nación. Medicina occidental alopática. Poder social. Véase: modelo teórico de los sectores del cuidado de la salud (Health Care System) en KLEINMAN, ARTHUR (1980): *Patiens and healers in the context of culture*, Berkeley, University of California Press.

la reducción de la inequidad sanitaria, para la cooperación, complementariedad y convivencia de los diversos sistemas médicos.

Así pues, antes de pasar a revisar los sistemas médicos y las diferentes racionalidades curativas en Marruecos interesa recordar que los diferentes sistemas de salud no se pueden entender si no es atendiendo a los contextos culturales que han generado sus modelos conceptuales, que los procesos de salud/enfermedad/atención son procesos culturales y que siempre están atravesados por las relaciones de poder.

5.2. Sistemas médicos y racionalidades curativas en Marruecos

Each culture provides its members with ways of becoming 'ill', of zapping their suffering into a recognizable illness entity, of explaining its cause, and of getting some treatment for it (Helman, 2007: 259).¹⁴⁶

El pluralismo médico, terapéutico o asistencial, presente en la mayoría de las sociedades del mundo actual globalizado, se entiende como «[...] los modos diversos de entender la salud y la enfermedad, de diagnosticar y tratar los padecimientos» (Perdiguero, 2006: 33). Para poder acercarnos a las creencias, representaciones y valores culturales referentes a la salud-enfermedad, así como a los itinerarios terapéuticos¹⁴⁷ de los y las inmigrantes marroquíes en la Comunidad Valenciana y en Castellón, es conveniente comenzar mirando al estado actual del pluralismo médico en Marruecos, ya que de él se nutren los diferentes valores, creencias, representaciones, necesidades, demandas y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad de este colectivo que, como parte de su bagaje sociocultural, se van a manifestar y se pueden observar en la sociedad española que les acoge.

¹⁴⁶ Traducción propia: «Cada cultura ofrece a sus miembros la manera de convertirse en “enfermos”, de liberarse de sufrimientos reconociendo entidades nosológicas, explicando sus causas y consiguiendo tratamiento para ellas».

¹⁴⁷ Según Perdiguero (2006: 41), el concepto de *itinerario terapéutico* es una aportación de la antropología francesa, e incluye todos los procesos y acciones que una persona lleva a cabo para buscar un tratamiento a una dolencia, desde el momento en que el síntoma es identificado como un problema de salud. El concepto nos remite al pluralismo médico, ya que las diversas interpretaciones y discursos sobre los malestares-aflicciones o problemas de salud, las curas o terapias buscadas para aliviarlos o eliminarlos, así como las diversas instancias -institucionales o no, oficiales o no oficiales- a las que se recurre en esa búsqueda de bienestar, hay que insertarlas en un contexto dado y en la diversidad de modelos médicos a los que una persona accede, o puede acceder en función del contexto socio-cultural en el que vive en un momento histórico dado. Checa (1998: 97) lo define como el circuito o recorrido que la persona que se sabe enferma sigue en busca de la sanación de sus dolencias.

En Marruecos, como en la mayoría de los países, este pluralismo se concreta en la coexistencia y convivencia de creencias y prácticas de salud que podríamos englobar en dos grandes grupos: las tradicionales-populares y las biomédicas, y es de destacar que, como en la mayoría de las sociedades actuales, a la hora de prevenir y curar la enfermedad o mantener la salud, las transacciones entre los sectores de salud popular, folk y profesional son habituales. Interesa resaltar también que, tanto en Marruecos como en España, el sistema biomédico es el oficial y que los itinerarios terapéuticos de los y las marroquíes están influidos además por diversas variables sociodemográficas, como por ejemplo vivir en el campo o la ciudad, edad, sexo, nivel económico o de instrucción -ambos indicadores de clase social-, etnia, religión, estado civil, etc. Que condicionan grandes diferencias en el acceso a la atención sanitaria.

El panorama general de los sistemas médicos y racionalidades curativas en Marruecos muestra que desde el siglo XIX el pluralismo médico se ha venido construyendo sobre la hegemonía del modelo biomédico y hospitalario occidental colonial, lo cual no impide que en la actualidad, en los itinerarios terapéuticos de la población marroquí, se combine el uso simultáneo de la medicina científico técnica occidental y de la medicina tradicional en sus diversas modalidades (Mateo Dieste, 2008: 129).

Aunque, como ya hemos visto, los sistemas médicos en Marruecos se pueden dividir en dos grandes grupos -tradicionales-populares y la medicina científico técnica occidental o biomedicina-, en la literatura revisada se han encontrado otras clasificaciones que aportan más concreción al complejo mapa del pluralismo médico marroquí y que, sobre todo, permiten clarificar aspectos importantes de cada uno de los sistemas y con ellos, de la rica variedad de saberes y prácticas de salud que este colectivo de migrantes traen consigo cuando llegan a la sociedad receptora.

Según Mateo Dieste, frente a la aflicción o la enfermedad, *la medicina humoral*, las *tradiciones mágico-religiosas*, la *tradición profética* y la *medicina científico técnica occidental*, conforman el panorama actual de las racionalidades curativas de los y las marroquíes (2008: 130).

Bermann y Lurbe, se refieren también a la presencia hoy en día en Marruecos de diversas concepciones sobre la salud, la enfermedad y la terapéutica ligadas a la

coexistencia de diversas tradiciones médicas que se entrecruzan -hibridan- e incluso se confunden, y que estas autoras clasifican en:

[...] 1) una tradició islàmica inspirada en les normes alcoràniques i els *hadith*, 2) les pràctiques de la medicina popular influïda per la medicina àrab clàssica, 3) una tradició de creences màgiques i 4) la moderna introducció de la biomedicina d'origen occidental a partir del segle XIX (Bermann i Lurbe, 2008: 28).¹⁴⁸

Los diversos itinerarios terapéuticos de los y las marroquíes en la sociedad receptora, sus necesidades y demandas de salud están relacionados también con estas tradiciones médicas de origen, por lo que su conocimiento es importante a la hora de entender sus diferentes maneras de sentir, pensar y actuar en lo referente a la salud-enfermedad.

5.2.1. La medicina árabe islámica y las prácticas populares

Las prácticas de la medicina popular en Marruecos, y de la inmigración marroquí, están influidas por el pensamiento médico árabe islámico clásico, que surgió entre los siglos VIII y IX y se propagó en los siglos posteriores con la expansión del Islam desde la península de Arabia hacia el Magreb, incluyendo al actual Marruecos, al-Ándalus y casi la totalidad de la Península Ibérica.

La invasión y colonización árabe supuso la difusión no sólo del Islam, sino de la lengua y la cultura árabes, así como de su pensamiento y legado científico en campos tan diversos como la medicina y la farmacia, las matemáticas, la geografía y la cartografía, la alquimia y la química, la física, la óptica o la astrología, la agricultura y la botánica, etc. con una característica esencial de la ciencia islámica: la de la interdependencia de las disciplinas científicas y la no separación entre las ciencias de la naturaleza (de lo visible) y la teología y las artes (Hamza, 2009: 1-17).

La práctica de la medicina tradicional árabe islámica incorporó los saberes de la medicina humoral griega a través fundamentalmente de las obras de Hipócrates, Galeno y Dioscorides. Según esta tradición médica el cuerpo humano se compone de cuatro humores (*hilt*): sangre (*dam*), flema (*balgam*), bilis amarilla (*safrā*), bilis negra (*sawdā*),

¹⁴⁸ Traducción propia: «1) una tradición propia inspirada en las normas coránicas y los *hadith* 2) las prácticas de la medicina popular influidas por la medicina árabe clásica 3) una tradición de creencias mágicas y 4) la moderna introducción de la medicina moderna occidental a partir del siglo XIX»

en correspondencia con los cuatro elementos básicos del mundo natural: fuego, aire, agua y tierra. La salud y los distintos temperamentos de las personas dependen del equilibrio de estos humores corporales con sus cualidades opuestas: frío-calor, humedad-sequedad,¹⁴⁹ y su desequilibrio -exceso o defecto de alguno de estos elementos- dará lugar a enfermedades. En el desarrollo de la medicina islámica la teoría humoral se complementa con la idea del ser humano compuesto de tres dimensiones básicas: cuerpo físico, alma (*naf*) y espíritu (*ruh*), siendo la armonía de las tres lo que determina precisamente la salud (Hamza, 2009).

Según Hamza, la medicina clásica árabe, de base letrada y transmitida por grandes médicos medievales (Ibn Sîna -*Avicenna*- Bujara, actual Uzbekistan, 980-1037; Al- Razi -*Rhazes*- Rayy, actual Irán 865-925; Abulcasis, Córdoba, 936-1013; Avenzoar, Al-Ándalus, 1073-1172; Averroes, Córdoba, 1126-1198; o el judío Maimónides, Córdoba 1135-1204, entre otros importantes) aunaba las tres ramas galénicas tradicionales: la dieta, la farmacología y la cirugía, desarrollada en menor medida. En sus tratamientos, además de una gran cantidad de fármacos, purgantes, sangrías, lavativas y ventosas, se recomendaban los hábitos dietéticos saludables (especialmente frutas, miel, lácteos y aceite de oliva), acompañados siempre de consejos de higiene física y moral (evitar la tristeza y la cólera) y de ejercicio físico. En caso de enfermedad lo más importante era estimular la capacidad de reacción del organismo, ya que se cree que el estado natural del ser humano es la salud y no la enfermedad;¹⁵⁰ también se prefieren los medicamentos simples y de origen vegetal (Hamza, 2009: 10).¹⁵¹

Así pues, las recetas curativas de esta tradición médica se basan en la ingestión de determinadas comidas, especias y té caliente para restablecer el equilibrio en el sistema (orgánico), así como diferentes modalidades de terapias relacionadas con el

¹⁴⁹ Según la teoría humoral, la sangre es considerada caliente y húmeda, la flema fría y húmeda, la bilis amarilla caliente y seca y la bilis negra fría y seca.

¹⁵⁰ En la cultura árabe musulmana actual sigue estando presente esta noción de la salud como estado natural de ser humano, que cuando se pierde da lugar a la enfermedad. Las personas, más que adquirir una enfermedad, pierden su salud.

¹⁵¹ En este interesante estudio Abdelmalik Hamza hace referencia a la muy desarrollada farmacia de la medicina islámica clásica, que incorporó gran número de sustancias medicinales a las fuentes persas, hindúes y griegas. Resalta también que, a pesar de que la cirugía se reservaba para cuando todos los demás remedios no eran eficaces, conocieron y practicaron numerosos tipos de operaciones quirúrgicas, desarrollaron un sofisticado instrumental quirúrgico y numerosos tratamientos oftalmológicos y odontológicos, así como el uso de la cauterización y la reparación de fracturas, etc. Los cirujanos del mundo islámico- explica Hamza- utilizaban de manera eficaz el jugo de hachís para la anestesia.

ejercicio y los baños (Salud y Cultura, 2009): comida y bebida, sueño y vigilia, trabajo y descanso, higiene (también la higiene sexual), y los temperamentos y afectos *del alma* de los seres humanos, unidos a la luz, el aire, el agua, la situación geográfica y el clima, serán objeto de revisión a la hora de diagnosticar y tratar las diferentes enfermedades y también a la hora de regular la vida saludable de las personas, dentro de un sistema médico que no se agotó ni desapareció con el declive del imperio árabe.

Raja Rabah muestra cómo los distintos saberes de lo que él llama la *medicina Islámica o Árabe (unani tibb, o sistema Greco-Islámico)* han pasado al conocimiento popular y, pese al empuje de la medicina científico técnica occidental, perduran en algunas partes del mundo árabe-musulmán:

Beliefs about hot and cold effects on the bodily humors are maintained to varying degrees among Arabs as part of the transmitted folk wisdom [...] The golden age of Islamic medicine did not disappear at the end of the Middle Ages [...] In the colonial period, this Greco-Islamic system was undermined by emerging Western allopathic medicine and its administrative discouragement of the practice of the traditional system [...] today, traditional practitioners (*hakim*) of the traditional Islamic medical system are few (Rabah, 1999: 9).¹⁵²

En la práctica, el modelo humoral de la medicina tradicional árabe islámica ha pasado al conocimiento profano a través de clasificaciones populares de las enfermedades en *frías* o *calientes*, que a su vez se concretan en fórmulas curativas basadas en la aplicación de heterogéneos remedios y técnicas de producción de frío o de calor. Estos principios de la medicina tradicional islámica han pervivido en los saberes médicos populares del Marruecos actual y forman parte importante de las creencias y prácticas de autocuidado de los y las migrantes marroquíes, que conocen y practican variados remedios caseros (Bermann i Lurbe 2008: 28; Mateo Dieste, 2008: 131).¹⁵³

¹⁵² Traducción propia: Creencias acerca de los efectos del calor y del frío sobre los humores corporales son mantenidos en diferentes grados entre los árabes, como parte de la sabiduría folk transmitida. La edad de oro de la Medicina Islámica no desapareció al final de la Edad Media [...] en el periodo colonial, este sistema Greco-Islámico fue velado por la emergente medicina alopática occidental y el desprestigio administrativo de la práctica tradicional [...] Hoy, los practicantes tradicionales de la medicina islámica tradicional son pocos».

¹⁵³ Las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo han puesto de manifiesto que entre la inmigración marroquí es habitual el conocimiento y el uso de muchos de estos remedios caseros que suelen ser el primer paso en sus itinerarios terapéuticos en caso de enfermedad o dolencias menores. En el Apartado 6 se describirán con más detalle algunos de estos remedios conocidos por los y las inmigrantes marroquíes, y que no siempre pueden ser utilizados de la misma manera en la sociedad receptora porque no es posible encontrar determinadas materias primas -como algunas hierbas medicinales- que son necesarias para confeccionarlos, o porque el acceso más fácil a los remedios biomédicos en la inmigración sustituyen a los tradicionales en la primera línea de actuación frente a las enfermedades.

Las rodajas de patata cruda con sal o de limón colocadas en cabeza y frente para tratar la cefalea o la fiebre; las friegas del tronco de la persona enferma con aceite de oliva y vinagre con el mismo propósito de rebajar la hipertermia; el uso de especias, los cominos o los *anisetes* para dolencias intestinales; el pimentón rojo como coagulante en heridas sangrantes; variadas hierbas como el tomillo, la salvia, la hierba Luisa, el orégano, etc., en diversas dolencias del tracto digestivo o respiratorio; la miel y la leche calientes para los problemas respiratorios; o el uso de aceites -como el de argán o el de oliva- para tratar diversas dolencias de la piel y del sistema músculo esquelético entre otras muchas; Bermann y Lurbe (2008: 30) añaden otros remedios caseros como el uso de la *henna* para la diarrea, los paños húmedos para rebajar la fiebre, diversos vegetales con usos medicinales como los zumos de cebollas rojas, la uva negra y el ajo, o el vinagre y el agua de azahar, así como también rituales específicos como cubrir con ropas de color rojo al enfermo de rubéola para acelerar la salida de la erupción, entre otros muchos.

En la utilización de la medicina tradicional, al margen del curandero, la población ejerce un dominio de las relaciones entre enfermedad-salud y los recursos del medio (plantas, raíces, preparados naturales, aguas medicinales, etc.); son las personas mayores quienes lo aprendieron de sus padres y vecinos y quienes lo transmiten a la población más joven (Checa, 1998: 98).

Ortí se refiere también a los remedios caseros de la *medicina de la abuela* y, así mismo, los relaciona con la que él clasifica como antigua medicina islámica basada en la tradición humoral: hierbas, frutas, especias, y hojas de árboles, son utilizadas para preparar remedios que son utilizados en el ámbito familiar para tratar malestares leves como resfriados, gripes, amigdalitis, dolores de cabeza, etc. Y hace una anotación especialmente interesante a la hora de afrontar la atención sanitaria de este colectivo de migrantes: la gente de más edad conoce, prefiere y recurre con frecuencia a estos remedios populares y tradicionales antes de ir al médico alopático pero, en la inmigración, cuando el enfermo es un niño la medicina científico técnica occidental suele ser la primera elección (Ortí, 2009: 23). Tal y como hacían en Marruecos antes de emigrar, estos remedios suelen ser el primer paso que siguen los y las migrantes marroquíes para curar sus dolencias antes de buscar asistencia en el sistema sanitario público español, cuando los remedios manejados en primera instancia no son efectivos y persisten los síntomas.

Isabel Gentil, en su estudio socio-sanitario en población inmigrante marroquí en los municipios de Majalahonda y Boadilla (Comunidad de Madrid-España), observó que la causa de enfermedad más frecuentemente reconocida y referida por este colectivo era precisamente la de *pasar frío*, y entre las enfermedades más conocidas producidas por el frío referían la pulmonía, destacando al mismo tiempo la importancia no sólo de las condiciones económicas, sino también de los valores culturales indígenas a la hora de configurar sus percepciones y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad. Añadiendo una clasificación más de las tradiciones médicas en Marruecos, ella reduce a dos los modelos de medicina que hoy conviven en Marruecos y entre la inmigración marroquí en España: la *medicina natural-tradicional*, y la *medicina occidental*, señalando también los procesos actuales de pérdida de saberes consuetudinarios de salud entre la población marroquí, y en especial la pérdida progresiva de conocimientos empíricos sobre el uso de plantas medicinales sobre todo entre la población urbana más joven (Gentil, 2002: 41, 44).

Los sanadores folk, hombres y mujeres especialistas tradicionales en dolencias de origen humoral, aunque en declive en las áreas urbanas, siguen prestando servicios en el mundo rural marroquí y también entre las clases urbanas menos favorecidas, donde los dispositivos asistenciales del Sistema de Salud marroquí no llegan a cubrir las necesidades básicas de salud de la población, ni dar cobertura efectiva y universal y hay que destacar también que «[...] la mayoría de las familias cuenta con personas que establecen diagnósticos sencillos y proponen remedios basados principalmente en fórmulas de alimentos y hierbas, a partir de algunas sustancias base como la miel o la omnipresente *habba sauda* (nigella sativa)» (Mateo Dieste, 2008: 131).

En la actualidad, en Marruecos, podemos encontrar a los *kuwway* (escarificadores) que aplican calor con puntas de hierro ardiendo sobre las partes enfermas o puntos específicos de la anatomía; al *hijam* (barbero) sangrador; los *ibar* (hueseros) que curan fracturas y luxaciones; *mul snan* (dentistas tradicionales), que trabajan en los zocos; *attar* o vendedores de remedios; *attar 'ashshar*, herboristas no siempre conocedores de la práctica humoral, pero sí expertos en el amplísimo recetario marroquí de plantas medicinales. En lo que respecta a las mujeres encontramos a la *qabla* (partera tradicional), que es un ejemplo claro e importante de la aplicación práctica de los saberes humorales: ellas asisten a las embarazadas y atienden los partos y puerperios aplicando técnicas de frío o calor (Ej. La ingesta de líquidos calientes tras

el parto); otras mujeres expertas son la *'ashshaba* especialista en herboristería y magia (*suhur*) y la *jbara*, curandera-huesera de fracturas (Bermann i Lurbe, 2008: 30; Mateo Dieste, 2008: 131).

La partera tradicional sigue siendo una figura muy importante en Marruecos, sobre todo en el mundo rural, pero también, aunque en menor medida, en el urbano donde las mujeres después de tener a su primer hijo en el hospital deciden muchas veces recurrir a las parteras no profesionales para sus partos posteriores. En la inmigración las mujeres no tienen opción de elegir: la figura de la partera tradicional desapareció hace ya décadas del panorama sanitario asistencial español por lo que las mujeres inmigrantes marroquíes embarazadas son atendidas exclusivamente en los dispositivos asistenciales biomédicos de las diferentes comunidades autónomas del Estado español.

Desde una perspectiva de género las mujeres son las depositarias de muchos de estos saberes y prácticas tradicionales ya que, dentro de su rol asignado de cuidadoras dentro de la familia, se encargan de transmitirlos y practicarlos así como de transmitir los valores culturales que las acompañan (Gentil, 2002: 43).

Es de destacar también la reducción a lo largo de la segunda mitad del siglo XX del número de sanadores/ras tradicionales expertos en la curación de dolencias de diagnóstico humoral (Gentil, 2002: 41, 44; Mateo Dieste, 2008: 131; Rabah, 1999; Salud y Cultura, 2009), al mismo tiempo que la medicina occidental va afirmando su hegemonía en Marruecos. Interesa mostrar también que el propio hecho migratorio limita o impide a la inmigración marroquí el acceso a los terapeutas tradicionales a los que con mayor o menor frecuencia, en función de sus preferencias, recursos económicos, tipo de dolencia, etc., podían recurrir en Marruecos y con los que podían compartir también sus creencias y valores culturales acerca de la salud y la enfermedad.

5.2.2. La tradición profética

Siguiendo con la clasificación de los sistemas médicos en Marruecos, la Medicina Profética (*Al-Tibb Al-Nabawî*), tiene en los *hadices*¹⁵⁴ -los *dichos* de Mahoma

¹⁵⁴ Las palabras del Profeta Mahoma fueron recogidas por sus compañeros y discípulos y constituyen un conjunto de relatos breves, *hadits*, *hadiz* o *hadices*, llamados también *dichos del Profeta* (*al-ahadit*). La palabra *sunna* significa *conducta* y se refiere al conjunto de acciones y maneras de proceder y actuar del Profeta, recogidos por los testimonios de sus contemporáneos y que sirven de guía y modelo de acción y

(570-632)- su fuente de inspiración y de legitimidad, ya que en ellos se recogen numerosos principios y tradiciones útiles para mantener y cuidar la salud de las personas. En el mundo islámico, el estudio y puesta en práctica de todo este corpus se tradiciones referidas a la salud se recoge en numerosos tratados médicos.

Para la Medicina Profética, eminentemente profiláctica o preventiva más que terapéutica, la salud y el bienestar del cuerpo van ligados a la salud y el bienestar del alma. La *sunnah* o costumbre de Mahoma, es decir su conducta y modo de vida, será el modelo a seguir para tener una vida sana, equilibrada y feliz: la forma correcta de sentarse y de comer, los alimentos más saludables, recomendaciones de plantas y alimentos por su especial valor curativo, normas para el cuidado de las personas enfermas, la actitud a mantener frente la enfermedad, y numerosas reglas de higiene serán muy importantes para la prevención de numerosas enfermedades infecciosas (Bize, 2008:4).

Mateo Dieste establece una clara diferencia entre la medicina árabe-islámica clásica de base humoral y sus especialistas y la medicina profética, que tiene en el Corán y en las enseñanzas de Mahoma su base conceptual y que se desarrolló a partir del siglo IX como reacción frente a la expansión de la medicina humoral dentro de la ortodoxia interpretativa sunni:

En el terreno concerniente al cuerpo y la salud, los *hadices* contienen abundantes referencias a nociones de pureza e impureza y a cómo evitar enfermedades, el modo de comer con medida de acuerdo con la teoría que atribuye al estómago una gran parte del origen de las enfermedades, y tratamientos basados en escarificaciones, sangrías etc. (Mateo Dieste, 2008: 133).

En la tradición de curación profética, aceptada por el Islam, el especialista en curaciones proféticas, el *fqîh* o *taleb*¹⁵⁵ es ante todo un maestro coránico, experto en

de vida para toda persona musulmana. Dichos (*al-ahadit*) y hechos (*al-afaal*) de Mahoma (*Muhammad*) sirven para establecer la Tradición que es, tras el Corán, la segunda de las fuentes principales del Islam.

¹⁵⁵ Existe una gran confusión en los textos revisados, y también en los relatos de los informantes, acerca de las características y competencias sanadoras de las figuras del *fqîh* y/o *tâli*, *taleb* o *talb* que son presentadas como sinónimas por algunos autores. El *taleb* (estudiante) experto también el Corán y maestro en las madrazas, puede a ser (o llegar a ser) *fqîh*: sabio religioso. El *fqîh* y/o *tâli* no es imám, pero puede ejercer diversas funciones en las mezquitas y escuelas coránicas, además de actuar como sanador profético ya que conoce las bases de esta tradición médica islámica. Según los relatos recogidos, en ocasiones parece ser que algunos personajes se autoproclaman *fqîh* y ejercen en mercados y en otros contextos no sagrados fuera de las mezquitas y entonces menudo son considerados charlatanes más que *fqîh*, que cobran además por sus curaciones sagradas, lo cual no se admite en el Islam.

derecho islámico, un sabio religioso y consejero en asuntos religiosos que además tiene (puede tener) saberes de astrología, capacidad para elaborar talismanes y filtros e interpretar sueños, mediar en litigios de la vida cotidiana, lavar a los muertos y acompañar en los enterramientos; como sanador profético es solicitado también para casos de brujería o en casos de delirio. Los rituales terapéuticos del *fqîh* o *taleb* incluyen el recitado del texto sagrado, la inscripción de frases en un pequeño papel que se lleva sobre el cuerpo enrollado a modo de amuleto, o que se ingiere disuelto en agua y bebido por el enfermo (Mateo Dieste, 2008: 134; Berman y Lurbe, 2008: 30).

Como especialista coránico, generalmente muy reconocido en su comunidad, una gran parte del poder del *fqîh* o *taleb* «está ligado a la posesión de la escritura, del verbo que él convierte en fórmulas y en escritos que dispensa como talismanes» (Balbo, 2004: 5). Difícilmente accesible o de presencia excepcional en los contextos migratorios,¹⁵⁶ el *fqîh* es capaz de confeccionar amuletos o talismanes escritos (*herz* o *hajâb*) con versos del Corán, que tendrán funciones purificadoras y curativas sobre algunas enfermedades, pero sobre todo que intentarán controlar las fuerzas malignas y proteger a la persona; se cree también que estos talismanes pueden ayudar a los creyentes a superar conductas adictivas (alcohol, tabaco, entre otras) y también, gracias a ellos, alcanzar objetivos y deseos muy diversos no siempre relacionados con la enfermedad, por ejemplo, conseguir un embarazo, buscar el amor de un hombre o una mujer,¹⁵⁷ atraer la fortuna, etc.

[...] en la consulta de un *taleb* este utiliza tanto técnicas materiales -productos de la farmacopea popular- como inmateriales, prescribe amuletos o el sacrificio de un cordero, cabrito o pollo que tiene que dar como ofrenda; invoca a *Allah*

¹⁵⁶ Hay que recordar que los imames son especialistas coránicos pero no necesariamente tienen conocimientos ni capacidades como sanadores proféticos como los *fqîh* o *talb*, aunque en la inmigración en ausencia de los primeros, en ocasiones, son requeridos para ayudar a personas que se cree están poseídas por un *jinn*.

¹⁵⁷ Uno de mis informantes me contaba como un *fqîh* conocido de su ciudad realizó un encantamiento para conseguir el amor de una mujer: en una ocasión un hombre le pidió ayuda porque su amada no le correspondía a su amor. El *fqîh* escribió unas palabras del Corán sobre un papel que después el petionario colgó de la rama de un árbol cercano a la casa donde vivía la mujer amada. El viento movió el papel y la fuerza de las palabras escritas en él llegaron hasta la mujer que se enamoró así del hombre que tanto la deseaba... En la entrevista no pudo quedarme claro si este hecho era una historia popular que circulaba por el pueblo o si fue él quien presencié el ritual.

con versos del Corán; y/o el peregrinaje (*ziara*)¹⁵⁸ al santuario de un santo (Checa, 1998: 101)

Las prácticas curativas de estos sanadores proféticos se relacionan de manera especial con la enfermedad mental, en concreto, con el tratamiento de ciertos delirios que se atribuyen a fenómenos de posesión. «Some health disorders are attributed to unseen forces, most commonly jinn, or evil spirits. Mental disorders in particular are often attributed to disruptive influence of these spirits» (Rabah, 1999: 10).¹⁵⁹ Así, por medio de la *roqya*, la curación a través del poder de la palabra (de la lectura del Corán), pueden ser curadas diversas afecciones psicosomáticas que son atribuidas sobre todo a la posesión por los *jnûn*¹⁶⁰ (sing. *jinn*, f. *jinniyyah*), y también a los demonios (*shayâtîn*, sing. *shaytân*) o a la hechicería.

Se cree que los *jnûn* son fuerzas invisibles, genios o seres espirituales creados a partir del fuego y del vapor que están dotados de inteligencia y sexo: «[...] junto a los ángeles¹⁶¹ y los demonios, los genios forman una suerte de entidades no humanas, generalmente invisibles, pero que pueden ser percibidos en ciertas condiciones particulares» (Balbo, 2004: 4). La creencia en ellos se remonta a la época preislámica y

¹⁵⁸ La *ziara* es una visita ritual a los santuarios y tumbas donde reposan los santos y a las *zawiyyas* o *zaouillas* que también las albergan, edificaciones religiosas polivalentes cuyas funciones se explicarán en el siguiente apartado.

¹⁵⁹ Traducción propia: «Algunos desórdenes de salud están atribuidos a fuerzas invisibles, mas comúnmente *jinn* o espíritus demoníacos. Los desórdenes mentales, en particular, son frecuentemente atribuidos a la influencia disruptiva de estos espíritus».

¹⁶⁰ En otra de las entrevistas informales realizadas durante el trabajo de campo, el informante en cuestión, un hombre de unos 45 años, con estudios superiores y origen urbano, con responsabilidades importantes dentro de la comunidad arabo-musulmana local, me explicó la importancia de los *jnûn* para muchos inmigrantes marroquíes musulmanes –también en Castellón y su área metropolitana donde se realiza este estudio– a la hora de explicar trastornos de orden psicológico que son atribuidas con frecuencia a estos seres sobrenaturales. Él también creía en la existencia real de estos seres y en su influencia sobre los seres humanos y su salud mental: las personas podían entrar en contacto y ser poseídas por ellos sin darse cuenta, por ejemplo transitando por determinados lugares donde ellos viven, casi siempre lugares solitarios o sucios, como letrinas, urinarios públicos, casas abandonadas, pero también en otros lugares como por ejemplo en las fuentes, tuberías o surgencias de agua; me contó también que en una ocasión en uno de los hospitales de Castellón él presenció una curación profética para extraer el *jinn* de un paciente ingresado con inexplicables –para la biomedicina– síntomas de desorden mental, y que el paciente curó/mejoró sus síntomas después de la actuación simbólico-terapéutica de este especialista.

¹⁶¹ Ángeles (sing. *malak*, pl. *mala'ikak*). Según Dolors Bramon (2003:126), los ángeles son seres inmateriales e invisibles, hechos de luz y sin sexo. Según la tradición no desobedecen a Dios, y sólo un grupo de ellos encabezado por Iblis (arabización del griego *diabolos*) desobedeció a Dios y se convirtió en tentador de la humanidad. Según el credo islámico es preciso creer en ellos, al igual que en los *jnûn*.

son muy conocidos en la cultura popular marroquí; el Corán¹⁶² los nombra (72 Sura de los Genios, 1-2 y 46 Sura *Al-Ahqaf* -Las Dunas, 28-33) y están reconocidos e integrados en la religión oficial que los reconoce, junto con los ángeles y los hombres, como seres inteligentes creados por Dios (Bramon, 2003: 126).

Los *jnûn* viven en un mundo paralelo al de los seres humanos, pero pueden manifestarse en él y se les atribuye la capacidad tanto de producir travesuras y jugarretas de poca importancia, como el poder de poseer a las personas, adultos o niños (sobre todo), hombres o mujeres (embarazadas sobre todo) y al penetrar en sus cuerpos (*maskoun: habitado por los genios*), producirles desgracias y trastornos diversos, sobre todo psicosomáticos,¹⁶³ enfermarlas o incluso, en los peores casos aunque poco habituales, producirles la muerte cuando los *jnûn* maléficos, son *no creyentes*.¹⁶⁴

La Medicina Profética y sus especialistas son de difícil acceso para la inmigración musulmana en Europa, sin embargo es interesante resaltar el papel cada vez más relevante de las nuevas tecnologías a la hora de acceder por medio de Internet,¹⁶⁵ a los *hadices* y a las consultas *on line* de los especialistas proféticos. Esto ha permitido, según Mateo Dieste, un cierto renacimiento de esta medicina y la ha acercado a los contextos migratorios legitimada por el Islamismo contemporáneo que la valora y promueve como un elemento de identidad musulmana frente a la modernidad occidental. En Francia, por ejemplo, se puede acceder a través de la red a diversos especialistas en recitación coránica que en sus consultas aconsejan sobre hábitos de vida y sobre problemas de relación interpersonal y tratan también malestares, nervios, estrés,

¹⁶² Rodríguez Mediano explica que la religión musulmana les concede una existencia real hasta el punto de que se llega a discutir su status legal, ya que pueden llegar a casarse con humanos o verse implicados en cuestiones de herencias (2002:153). No así ocurre con los *raiah*, de origen animista, no reconocidos por el Islam, que se cree que son personas “invisibles” que viven debajo de la tierra y que también pueden poseer a los seres humanos.

¹⁶³ En el apartado 1.3.1. *Salud mental e inmigración marroquí*, se ha revisado ya el concepto de enfermedad mental en Marruecos, muy relacionado también con los fenómenos de la posesión y el hechizo, así como con la entidad nosológica tradicional del *mal de ojo*. Todos ellos forman parte del discurso etiológico tradicional marroquí ligado al pensamiento mágico-religioso, que explica y permite comprender diversos síntomas somáticos y psíquicos que desde la Etnopsiquiatría se consideran ligados a la cultura, y desde la Psiquiatría se llegan a interpretar como trastornos psicopatológicos.

¹⁶⁴ En la tradición Islámica se reconocen una amplia variedad de *jnûn* que se diferencian básicamente por sus características como espíritus “creyentes” y por lo tanto sin maldad, y espíritus “no creyentes” y por lo tanto potencialmente peligrosos para las personas por sus capacidades maléficas.

¹⁶⁵ La University of Southern of California dispone de una base de datos donde buscar y encontrar los *hadices* del Profeta Muhammad. Entre ellos también muchos referidos a la salud y la enfermedad <http://www.usc.edu/schools/college/crcc/engagement/resources/texts/muslim/search.html>

etc. atribuidos a los *jnûn*. «Todo ello se produce bajo una construcción moderna del conocimiento en medicina Islámica, desligado de una autoridad central, al tiempo que basa su atractivo en la fuerza de sus fuentes tradicionales» (Mateo Dieste, 2008: 134).

5.2.3. Las terapias mágico-religiosas

El pluralismo médico actual en toda el área mediterránea incluye una amplia variedad de especificidades locales que incluyen creencias y prácticas tradicionales relacionadas tanto con tradición médica humoral como con la religiosidad popular y con otras prácticas que, muy minoritarias, se conciernen a lo mágico. Todas ellas se caracterizan por convivir en posiciones diversas de subalternidad frente a la medicina científico técnica occidental que es el sistema oficial en todos los países del área.

En Marruecos coexisten de manera complementaria las creencias religiosas islámicas con otras más minoritarias relacionadas con lo sobrenatural y la magia (pagana) de origen preislámico. Siguiendo con las tradiciones médicas que acompañan a los y las migrantes marroquíes en sus itinerarios migratorios y dada su relevancia y presencia social hay que referirse también a las terapias mágico-religiosas dirigidas a aliviar o tratar diversas aflicciones y dolencias folk, fundamentalmente de índole psicosocial.

Las terapias mágico-religiosas, muy extendidas por todo el Magreb, integran en su polo religioso el culto a los santos -morabitos-¹⁶⁶ y la visita, ofrendas y rituales realizados en sus tumbas y santuarios; incluyen también la participación en las cofradías musulmanas sufíes y la visita a sus *zawiyas* (*zaouiyas*, *zaouiat*, o *sajiah*) o rábitas, edificaciones religiosas multifuncionales ubicadas tanto en contextos rurales como urbanos¹⁶⁷.

En el occidente islámico, el culto a los santos comienza alrededor del siglo XII, vinculado quizás con la introducción del sufismo. El santo se caracteriza por la posesión de la *baraka*, especie de carisma divino que puede trasmitirse a otras personas (por eso se peregrina a las tumbas de los santos) y, muy especialmente a la propia descendencia: la santidad en el Islam es en gran medida hereditaria (empezando por los descendientes del Profeta Muhammad,

¹⁶⁶ El culto a los santos se denomina *maraboutismo* o morabitisimo, de *marabout*, morabito o *murabit* que designa en árabe clásico al habitante de una fortaleza, en referencia a sus orígenes relacionados con la guerra santa y con la defensa de las fronteras del Islam.

¹⁶⁷ Ver Anexo 4. Documentos fotográficos.

herederos de su *baraka* y, según algunas doctrinas, de su legitimidad política). Desde el siglo XII, el fenómeno de la santidad va cristalizando en torno a cofradías religiosas cada vez más poderosas, que monopolizan todo tipo de recursos religiosos, políticos y económicos y que se convierten en actores sociales de primera importancia (Rodríguez Mediano, 2002: 153).

Al prestar atención a la vertiente simbólico-terapéutica de la religiosidad popular en Marruecos, es conveniente conocer que el Islam en Marruecos -como en todo el Magreb- se manifiesta en dos versiones: una ortodoxa -*oficial* o *escrituraria*- representada por la palabra escrita del Corán y la tradición de la Sunnah, que tiene su foro en las mezquitas; y un Islam heterodoxo -llamado también *informal*, *popular*, *local*- cuya máxima expresión es el culto a los santos.

El santo o santa es una especie de mediador-a o intercesor-a entre Dios y las personas, pero nunca puede obrar como Dios; al santo o santa se le pide el favor de que intervenga para conseguir la gracia, la bendición (*baraka*), que aleje a los *jnûn* y también que disminuya la aflicción y cure las enfermedades, generalmente a cambio de algún tipo de sacrificio, promesa o exvoto que el/la peticionaria deposita en estas construcciones, tumbas-santuarios, que se encuentran repartidos por todo Marruecos.¹⁶⁸

El término morabito¹⁶⁹ o marabú (*marabout* en su versión francesa o *murābiṭ* o *marbūṭ* en árabe) designa a la persona¹⁷⁰ santa a la que se le atribuye la posesión de la *baraka*, y asociada a ella la capacidad de ayudar a otras personas, sanar enfermedades,

¹⁶⁸ Esta práctica simbólico-religiosa-curativa no es exclusiva del Islam. Hoy en día pervive también en términos bastante similares, dentro del catolicismo. En algunos santuarios de la Comunidad Valenciana por ejemplo, como el de San Juan de Penyalgosa, en las montañas del Alcalatén (Castellón), se va en peregrinación lúdico-religiosa desde los pueblos de alrededor una vez al año, al santo se le hacen promesas y peticiones diversas, y en el santuario se pueden encontrar exvotos diversos: ropas, fotografías, corsés, figuritas de cera que representan las partes enfermas del demandante, trenzas de cabellera de mujer y objetos diversos depositados allí con una carga simbólica muy similar; se espera que a través de la fe, el santo interceda ante Dios y también que él mismo obre el prodigio de la curación milagrosa de alguna enfermedad, consuele de las aflicciones, permita un año de buenas cosechas o de lluvias cuando la sequía arrecia, o evite a los campesinos la muerte por rayo. Mientras que el despoblamiento y la industrialización del campo ha hecho innecesarias algunas de estas peticiones, las que se relacionan con la salud y la enfermedad y con el alivio de las aflicciones se siguen manteniendo con fuerza entre los habitantes de todas las comarcas que rodean al santuario, incluso entre creyentes de lugares más alejados de la Comunidad Valenciana.

¹⁶⁹ Para una revisión histórica y socio-antropológica del *maraboutismo* en Marruecos, véase (Geertz, 1992: 58). Véase también Anexo 4. Documentos fotográficos.

¹⁷⁰ Aunque es mayor en número de hombres santos es remarcable también la existencia de mujeres santas que son objeto de una gran veneración popular. Estas mujeres, tras su muerte son enterradas en morabitos de manera similar a los santos varones y veneradas de similar forma. Un ejemplo de ello lo tenemos en Lalaa Menana, patrona de la ciudad de Larache, que tiene su tumba en una capilla-santuario-morabito muy visitado por la población y a la que se le atribuyen numerosas curaciones.

hacer funciones de mediación (entre personas) y realizar prodigios y milagros: «[...] l'état de marabout, c'est-à-dire la possession de la baraka, pouvait renvoyer soit à la réalisation de prodiges, à la réputation de savoir provoquer des phénomènes inhabituels, soit à une supposée ascendance prophétique» (Geertz, 1992: 59).¹⁷¹ Según Geertz, la capacidad tautológica que acompaña a la santidad de estas personas, se transmite generalmente a través del parentesco: su filiación patrilineal se retrotrae hasta el mismo Profeta y la santidad y la *baraka* se heredan de padres a hijos.

Por su relación con la salud y el bienestar es pertinente detenernos en el concepto de *baraka*, que no sólo acompaña a la palabra sagrada y se alcanza a través de ella, sino que es también un don -fuerza moral, coraje, dignidad, inteligencia- que ciertas personas poseen y pueden transmitir a otras personas, lo que las hace especialmente sabias y apreciadas por la comunidad. La *baraka* trasciende la esfera puramente individual y se proyecta en la vida social.

Littéralement, baraka signifie bénédiction, au sens de faveur divine. Mais à partir de cette acception première, le mot est venu à s'appliquer, de façon plus particulière et limitée, à toute une série de notions associées: la prospérité matérielle, la santé physique, la satisfaction corporelle, la plénitude, la chance, la satiété et aussi le pouvoir magique (Geertz, 1992: 58).¹⁷²

La *baraka*, nos remite también en cierta forma a la armonía, el bienestar y a la salud en su sentido más holístico: es una «[...]noción que implica el poder espiritual, prosperidad, salud, bendición» (Balbo, 2004: 7). Como don personal o como noción general, nos remite a la espiritualidad y al efluvio de lo sagrado, a la presencia de lo divino en el mundo, manifestado precisamente en forma de dones, y también en forma de capacidades individuales de ciertas personas que las dota de especiales habilidades para curar aflicciones y enfermedades. La interpretación y explicación de conceptos culturales complejos tales como *baraka*, implica siempre enormes dificultades y el riesgo de no llegar a aprehender sus significados. Así lo da a entender Clifford Geertz (1992: 59) cuando analiza la religiosidad popular marroquí y profundiza en el sentido de

¹⁷¹ Traducción propia: «[...] el estado de morabito, es decir, la posesión de baraka podría referirse tanto a la realización de prodigios, a la reputación de saber causar fenómenos inusuales o a una supuesta ascendencia profética».

¹⁷² Traducción propia: «Literalmente, *baraka* significa bendición, en el sentido de favor divino. Pero a partir de esta primera acepción, el nombre se ha venido aplicando, de manera más particular y limitada a toda una serie de nociones asociadas a él: la prosperidad material, la salud física, la satisfacción corporal, la plenitud, la suerte, la saciedad y también el poder mágico».

este concepto: para él, más allá de explicaciones sencillas, *baraka* es o constituye una manera de construir la experiencia humana (afectiva, moral, intelectual), una interpretación cultural de la existencia, y también un estado que sólo algunas personas tienen, como los morabitos (*marabouts* o santos), que la poseen de manera excepcional, y que les coloca en una situación de especial respeto y veneración en la comunidad.

La base genealógica de la *baraka* se establece también a través del estatus de *sharîf* (*cherif-a*, *sharaf* o *surfa*): hombres generalmente y algunas mujeres respetados por su honor y su nobleza, son *surfa*, descendientes patrilineales del Profeta y por tanto, herederos de su pureza (*al-tahara*) lo cual les confiere -aunque no en todos los casos- una especial y privilegiada situación social dentro de su comunidad.¹⁷³ Algunos-as poseen conocimientos y habilidades reconocidas por la población para curar aflicciones del espíritu y son consultados también para pedir remedios para ciertas enfermedades.¹⁷⁴

Por otra parte, el término *marabout* o morabito se refiere también a las tumbas de los santos y a las fortificaciones y santuarios de dimensiones y formas arquitectónicas muy variables -a veces similares a un monasterio-, donde vive algún morabito o santón y donde son enterrados cuando mueren. Estos lugares venerados son objeto de vivistas individuales o comunitarias y en ellos se realizan diversos rituales, muchos de ellos relacionados con la salud.

Los lugares donde hay enterrados morabitos suelen ser espacios tranquilos, a veces cercanos a las aldeas y casi siempre próximos a riachuelos, pozos o manantiales de aguas terapéuticas donde con frecuencia se encuentran pequeños cementerios que ofrecen la oportunidad de ser enterrado cerca del santo o santa; casi siempre el lugar

¹⁷³ En ocasiones familias enteras se declaraban *surfa* y algunas, siguiendo la tradición, recibían la *ziyara* (tributo/ofrenda) en lo que se puede considerar un privilegio que sustentaba y aún sustenta la desigualdad social en la sociedad tradicional campesina del norte de Marruecos. Sin embargo, otras familias señalan con orgullo que su estatus religioso no les permite ostentar privilegios sociales ni recibir la *ziyara*. Estas familias consideran que la *ziyara* es para el santo y que cualquier persona que la encuentre en su tumba puede apropiarse de ella, sobre todo cuando de alimentos se trata (González, 2005: 8-9).

¹⁷⁴ Uno de los informantes de la muestra, un hombre entre 30 y 40 años, de origen urbano y con estudios primarios, con más de ocho años como inmigrante en Castellón, en una primera entrevista informal en su domicilio, me explicó con todo lujo de detalles las diferencias entre un imám, un sanador profético y los *sharifs* que ejercen en los santuarios o *zawiyas* sufíes, que se autoproclaman descendientes del Profeta. Según me explicó los *sharifs* “no son Corán,” es decir, no son verdaderos conocedores del Libro. Él me explicó que, al igual que los imames, los sanadores proféticos (*fqih*) son hombres -no hay mujeres entre ellos- que conocen muy bien el Libro Sagrado y especialmente las *suras* o azoras (en castellano, del árabe *asūra*) y los *hadices* relacionados con la salud, pero que a ese conocimiento de las fuentes del Islam unen otras habilidades para curar enfermedades.

está presidido por un árbol sagrado centenario (o un bosquecillo de árboles sagrados de olivos, acebuches, etc.), del que se cuelgan los exvotos (velas de cera, trozos de ropa y otros objetos personales y/o simbólicos) y junto al que se dejan variadas ofrendas (*ziyara*). Hay morabitos famosos repartidos por todo Marruecos, algunos al lado del mar, a los que los creyentes acuden en días concretos de la semana, o en peregrinación o romería un día señalado del año en el que se celebra la fiesta del santo o santa (*am'ria*).¹⁷⁵

En algunos santuarios hay habitaciones donde recibir a peregrinos y personas enfermas, pero todos ellos tienen una característica común: la gente cree que en estos lugares habita el espíritu del santo. Los santuarios son espacios político-religioso-terapéuticos en los que mediante rituales individuales o colectivos se pide la lluvia, o se busca protección frente a males diversos o la cura de enfermedades y se realizan exorcismos y variados rituales que refuerzan la unión de la comunidad.¹⁷⁶

Ritos, creencias y prácticas populares vinculadas con la magia y el culto a los santos se señalan como heterodoxas y femeninas (González, 2005: 3), lo que desde una perspectiva de género pone de manifiesto que esta vertiente simbólico-terapéutica del culto a los santos coloca a las mujeres en una posición relevante en cuanto a la permanencia y transmisión de saberes relacionados con la salud, al tiempo que establece una distinción de género entre las prácticas religiosas ortodoxas y oficiales que tienen su lugar en las mezquitas (masculinas también en su vertiente terapéutica) y las heterodoxas y populares (fundamentalmente, aunque no exclusivamente, femeninas) que tienen su lugar en las tumbas de los santos y en los santuarios.

Muchas mujeres van a las tumbas de los santos a pedir fertilidad; en ocasiones algunas de ellas pasan la noche bajo el árbol sagrado en un claro simbolismo de fecundación: la gracia y la bendición divina caerá sobre ellas durante el sueño y hará posible que más tarde puedan ser fecundadas y cumplir así su deseo y su misión social

¹⁷⁵ Las tumbas de los morabitos se construyen con formas diversas, desde simples lajas de piedra (*kber*), pirámides de piedra, o simples muretes alrededor de una tumba, a edificios más o menos pretenciosos.

¹⁷⁶ En la vida de la inmigración estas expresiones de la religiosidad popular relacionadas con la salud no se van a poder mantener de la misma manera, lo que podría ser motivo de posteriores líneas de investigación que revisaran cómo perviven y se transforman creencias y prácticas relacionadas con el culto a los santos en contextos migratorios donde no hay santos ni santuarios y el Islam escriturario y más ortodoxo tiene su espacio hegemónico de expresión en las mezquitas.

de ser madres.¹⁷⁷ Es de destacar que las mujeres son las principales valedoras y transmisoras de las creencias y las prácticas vinculadas a los santos y a los lugares sagrados (grutas, tumbas o bosques, etc.) donde esta religiosidad popular se expresa, y por lo tanto también de las creencias, prácticas y representaciones de salud que se asocian a ellas, y que estas prácticas no se pueden desligar de la construcción de género en Marruecos.

Araceli González en su investigación sobre la religiosidad popular en el norte de Marruecos, hace un análisis minucioso del culto a los santos en la Qabila Gzaua (provincia de Chefchauen) en la que se pueden encontrar numerosas, interesantes y detalladas alusiones a los rituales relacionados con la salud y la enfermedad que se realizan en las visitas a las tumbas, santuarios y bosques sagrados que los circundan, como formas de expresión de la religiosidad islámica popular: el ritual de la arcilla es habitual en la cura de muchas dolencias y consiste en introducir en una *barrada* o jarra, agua del manantial o fuente del lugar con propiedades terapéuticas y arcilla de la tumba del santo/a y con la mezcla se beberá o se frotarán las partes enfermas; con el ritual de la arcilla (*zrab al siyid*) se curan alergias y otras muchas enfermedades. La santa Lalaa Hlima Tahiet neutraliza el *mal de ojo* y protege a los animales; Sidi Bedu cura las enfermedades infantiles, entre ellas el asma, cuando los niños son llevados al lugar sagrado a la espalda de sus madres y tras realizar el ritual de la arcilla, se cuelga un trozo de su ropa en el árbol sagrado antes de abandonar el lugar; Lalaa Msara libera a las personas de los *jnûn*; Sidi Ekmar cura los dolores del cuerpo; Sidi el-Horabi y Sidi Abud curan la fiebre: para que este último baje la fiebre se depositará sobre su sepultura un huevo, bajo un recipiente, y se abandonará allí. Sidi el-Hazmi cura los dolores de espalda cuando ésta se masajea sobre las lajas de su sepultura y Sidi Mohamed, junto a los dos anteriores muy venerados en Arbalu, aleja todo tipo de enfermedades y cura todos los dolores. Sobre las tumbas, en ocasiones también se realizan sacrificios de animales (gallinas por ejemplo), o se reza al pie de la tumba y se besan las lajas bajo las cuales reposa el santo o santa (González, 2005).

¹⁷⁷ El Islam remarca el rol esencia de la mujer como esposa y madre. La maternidad es una finalidad en la vida de la mayoría de las mujeres musulmanas que viven la infertilidad como una desgracia personal y familiar que las aleja de ese objetivo fundamental para toda mujer musulmana: la maternidad y el cuidado de los hijos.

Pero otras muchas aflicciones para las que se busca remedio o consuelo están relacionadas con la salud mental, con las aflicciones del alma, con problemas neurológicos o problemas reproductivos de las mujeres, sobre todo la esterilidad que es vivida con especial angustia por las mujeres.

El culto a los santos pervive y sigue siendo un recurso simbólico-terapéutico entre la población marroquí, especialmente entre las mujeres, aunque es una práctica que se ha intentado deslegitimar como a-científica desde la medicina científico técnica, y como no ajustada al Islam por parte de algunos sectores -ortodoxos y también reformistas- del Islamismo. Las tumbas y santuarios suelen ser más visitados por mujeres y como lugares de encuentro en ellos se comparten aflicciones y preocupaciones, se expresan dolencias y en ocasiones se establecen vínculos y redes comunicacionales terapéuticas y de apoyo mutuo que actúan con fuerza y les ayudan a buscar soluciones a sus conflictos.

Fatema Mernissi explica la importancia del santuario para muchas mujeres en Marruecos, como un espacio donde ellas han encontrado y siguen buscando en la actualidad, la oportunidad de expresar una gran variedad de sentimientos y emociones. El santuario es refugio, es terapia y también es un lugar donde empoderarse: en los hospitales las mujeres, sobre todo las más pobres y las analfabetas, son sujetos *pacientes* del orden social y burocrático del sistema médico oficial que no las valoriza, que no siempre les permite expresar sus aflicciones y que éstas puedan ser comprendidas. El hospital es un lugar extraño y no siempre de fácil acceso, el intercambio monetario está muchas veces presente (dinero por cuidados o por medicinas); mientras que el santuario es un lugar abierto, próximo y accesible espacial y simbólicamente, en el que la persona (hombre o mujer) se convierte en sujeto activo de su propia sanación. Al santo se le cuentan las aflicciones, los síntomas de todo tipo y se *negocia* con él la que se cree que es la mejor solución para los problemas. Al santo no hay que hablarle en francés ni en árabe culto, se le puede hablar en cualquiera de los dialectos coloquiales beréberes o árabes, el santo siempre está ahí y siempre está dispuesto a ayudar. Y si lo hace la mujer –o el hombre- le llevará ofrendas. Los santos dan una ayuda vital que las mujeres echan en falta en los servicios sanitarios modernos (Mernisi, 2003: 55-60).

Así pues, a las tumbas y santuarios se acude individual o colectivamente en busca de la gracia o bendición (*baraka*), buscando protección, ayuda, consuelo, o curación para las aflicciones bio-psico-sociales. En todo el Magreb y en Marruecos

especialmente, se pueden encontrar estas tumbas de los santos, a veces solitarias en medio del campo, otras veces como parte de santuarios o *zawiyas*.

Dentro de la religiosidad popular además del culto a los santos (morabitos) y la visita a sus tumbas o santuarios encontramos otro elemento destacable: la filiación a las cofradías u organizaciones sufíes (*tariqa* o *turuq*), así como la visita a sus *zawiyas*.¹⁷⁸ El culto a los morabitos y la visita a los santuarios, así como los servicios comunitarios que prestan las cofradías sufíes en sus *zawiyas* o rábitas, juegan un papel importante en lo que respecta a la atención tradicional de ciertas aflicciones y enfermedades, como ya se ha señalado, sobre todo de índole psicosocial.

Marruecos conoció en el siglo XV una renovación religiosa. Existían sufís místicos y santos investidos de efluvio sagrado (*baraka*), los morabitos, a la vez curanderos y taumaturgos. Al lado de los ancianos, venerados por su ascetismo, se multiplicaron los santones locales, sobre todo predicadores del Jihād o guerra santa, que a veces permanecieron aislados, pero más a menudo, organizaron a su alrededor escuelas cada vez más influyentes, las *zawiyas*, bajo la dirección del “Sharif”, descendiente de la familia de Mahoma [...] (Arte Historia, 2010).

Las *zawiyas*, según la tradición, son lugares de peregrinación en los que vivió y fue enterrado algún santo venerado por la población por poseer la *baraka*. No son santuarios en el sentido estricto y sagrado de los templos o ermitas cristianos y no siempre incluyen mezquitas en su interior, aunque algunas de ellas, las más importantes, pueden albergarlas. Como elementos importantes de cohesión social y de identidad cultural-religiosa, su función principal es prestar servicios variados a la comunidad: refugio espiritual, madrazas y lugar de estudio y meditación, hostel gratuito para peregrinos e indigentes y centro de terapias y exorcismos variados. También albergan las reuniones de alguna cofradía o *tariqa* sufí, así como la tumba con los restos mortales del santo fundador. Sirven también de cementerios.

Es frecuente que en las *zawiyas* vivan familiares o descendientes del santo al que se venera y se supone allí está enterrado; es frecuente que a su vez alguno de ellos o ellas, como *sharîf* o *sharifa* (descendientes del profeta) se atribuyan la posesión de la *baraka* y ejerzan funciones de curandero/a. Estas sanadoras y sanadores hacen también terapias de imposición de manos y curan tocando a la persona enferma o algún objeto

¹⁷⁸ La palabra árabe *zawiya*, etimológicamente significa rincón o ángulo.

personal (no es necesaria la presencia). A cambio, la persona enferma, o su intermediario, ofrecerá alguna dádiva en forma de propina o gratificación monetaria, siempre voluntaria -no estipulada- o si no hay posibilidad de pagar los servicios prestados será un regalo de agradecimiento lo que cerrará el intercambio terapéutico-religioso.¹⁷⁹

Santuario, tumba de personas santas, mezquita y madraza, hospedería de mendigos y peregrinos, lugar de estudio y meditación, centro de reunión y de sanación y exorcismos, a las *zawiyas*, tanto del campo como de ciudad, se acude en búsqueda de ayuda y satisfacción para numerosas aflicciones bio-psico-sociales.

Las cofradías sufíes con sus diversos perfiles, son muy populares en Marruecos y en ellas «[...] la práctica místico-religiosa, en donde la danza es el ritual más importante, está destinada a la curación de las enfermedades causadas por genios, es decir a tratar los fenómenos de posesión» (Balbo, 2004: 7) entre otras funciones comunitarias. De esta forma, la vinculación con la cofradía -sobre todo entre las *turuq* más extáticas,¹⁸⁰ relacionadas con los cultos de posesión- ofrece un apoyo grupal desde el punto de vista psicosocial a los enfermos cuyas aflicciones se atribuyen a los *jnûn*. Aunque no todos los rituales de danza colectiva se realizan con este propósito.

La terapia mediante la danza es una modalidad terapéutica popular en Marruecos. Al participar en las sesiones colectivas (*hadra*) de trance (éxtasis) que organizan las cofradías en sus *zawiyas* -a través de la música, el canto, la danza- la persona enferma o afligida libera sus tensiones y se desinhibe, se siente acompañada en sus aflicciones y se reconoce y es reconocida por los demás. Las aflicciones, más allá de su dimensión personal, adquieren una expresión colectiva que precisa para su sanación de una teatralización pública. Los miembros de la cofradía y los asistentes reconocen el mal que aqueja a la persona y reducen su angustia, exculpándole de las causas de su propia enfermedad que recaerá en otros seres exteriores: los *jnûn*, y tal parece que, aunque en franca recesión desde mediados del siglo XX, las prácticas cofrádicas

¹⁷⁹ Parece que el papel de las *zawiyas* y sobre todo de los *sharifes* o *sharifas* (las mujeres son minoría) es muy controvertido ya que, aunque tolerados, no son reconocidos por el Islam ortodoxo que desvaloriza su rol social y que en muchas ocasiones tampoco les reconoce su ascendencia profética, ni que las tumbas sagradas alberguen siempre a personas santas. Así se manifestó en una entrevista informal un joven marroquí, musulmán ortodoxo, para el que la religiosidad popular se alejaba del *verdadero* Islam.

¹⁸⁰ Lo extático o exotérico (*vs* lo esotérico) se refiere al nivel externo -aparente-, frente al nivel oculto -interno- que caracteriza lo esotérico.

perviven en Marruecos e incluso se traspasan a veces a los contextos migratorios, en improvisadas *zawiyas domiciliarias* (Mateo Dieste, 2008: 133).

La dimensión religiosa popular que se acaba de presentar no está exenta de conexiones con la magia: la magia está legitimada en el Islam cuando se utiliza para producir beneficios para las personas y algunos personajes, como el *fqîh o tâli*, dominan ese universo mágico al que han accedido a través del conocimiento de diversas fórmulas y rituales que se combinan con la vertiente religiosa de la Palabra sagrada; la magia es así una ciencia, un conocimiento que sólo poseen algunas personas y cuando se emplea con intención de dañar se convierte en hechicería. La magia maléfica, la hechicería, muy presente en el Magreb se desarrolla generalmente en contextos de marginalidad y pobreza, y sin la legitimación religiosa y social con la que cuentan otras prácticas religiosas de curación, que también se valen de la dimensión mágica pero siempre con la intención de curar o hacer el bien.

La práctica de la hechicería (brujería) acostumbra a ser del dominio femenino: la hechicera (*sehhra*) y la vidente (*chuwwâfa*), habitualmente analfabetas, viven y trabajan en contextos sociales modestos o marginales y elaboran recetas y hacen encantamientos diversos para sus clientes, pero la utilización de la palabra sagrada escrita en la confección de amuletos o la lectura del Corán le están vedadas. La dimensión de la sexualidad es del dominio del o de la vidente *shuwwâf* o *chuwwâfa*, pudiendo resolver o también provocar problemas como la esterilidad o la impotencia (Balbo, 2004: 5)

Además en Marruecos encontramos,

[...] otros ritos preislámicos y se cree en el poder mágico de ciertos sanadores como los *Hamdcha*, *Aissawa*, *Gnwa* (de origen subsahariano), cuyas habilidades para la cura son hereditarias. Se cura al paciente a través de danzas, ritos chamánicos, terapia verbal y con el contacto físico. El diagnóstico se puede hacer a través de la comunicación espiritual o por adivinación (Salud y Cultura, 2009).

Todos estos rituales mágicos están dirigidos a tratar sobre todo problemas de índole espiritual y psico-social, ligados a la magia demoníaca o maléfica y a sus maleficios diversos, al *mal de ojo* y a la posesión de los *jnûn*, con los que cofradías como los *Gnwa* dicen mantener una comunicación preferente. La clientela de estos chamanes o curanderos es mayoritariamente femenina y se les recompensa sus servicios con propinas o regalos.

Mateo Dieste (2008: 132) explica que en Marruecos, asociadas a las prácticas mágico-religiosas, se pueden observar tres formas básicas de atribución causal de las enfermedades:

El mal de ojo (*‘ayn*), provocado por la envidia (*hasûd*) -consciente o inconsciente- de personas más o menos allegadas o conocidas; la magia (*zhur o suhur*) y los diferentes tipos de hechizos que la acompañan, que sólo son aceptados por el Islam cuando se utilizan para curar a las personas, pero no están legitimados cuando lo que se pretende es hacer daño o atacar a otras personas; y la tercera atribución causal, reconocida por el Islam, son los *jnûn* que, como ya se ha explicado al hablar de la tradición profética, son seres espirituales o “genios” que viven y conviven con los seres humanos en un mundo paralelo que no siempre confluye con el de los humanos, y con los que pueden mantener relaciones muy diversas que van desde la no interferencia, al casamiento, la promiscuidad o posesión, pudiendo causar también dolencias o alteraciones (*sar’*) muy diversas somáticas y psicológicas (parálisis de alguna parte del cuerpo -*madroub*-, dolores de diversas localizaciones, pérdidas de conciencia, epilepsias, alteraciones mentales).¹⁸¹

En todos los países árabes y en el Magreb especialmente, se realizan variados rituales para mantener una relación cordial y benéfica con los *jnûn*, o para extraerlos del cuerpo mediante exorcismos; también para protegerse o curar el *mal de ojo* muy arraigado, al igual que la posesión, en la cultura popular marroquí, mediante el uso de talismanes o amuletos.

¹⁸¹ Uno de mis informantes (9-H36-U-CT), un varón de origen urbano, con estudios primarios me aseguró y contó con detalle haber visto *jnûn* en dos ocasiones cuando era un adolescente en la casa familiar, adoptando en una ocasión la forma de un conejo blanco que daba grandes saltos y se desplazaba a gran velocidad (característica especial de los *jnûn*), y en otra ocasión la forma de una mujer con chilaba; me aseguró que además de sus diversas presentaciones zoomorfas (perros y serpientes especialmente) también adquieren formas antropomorfas o híbridas de humanos con pies de toro, por ejemplo; el signo evidente de que una persona se encuentra delante de uno de ellos es que cuando te aproximas y él te mira “*los pelos de todo el cuerpo, todos, se ponen así de punta, por todo el cuerpo, todos los sientes en punta, los pelos de la cabeza también, todos. Es una señal*”. Me aseguró que generalmente los *jnûn* no molestan a los humanos, o que a veces incluso les gastan bromas, hacen pequeños robos o cambian cosas de lugar dentro de las casas, y que sólo en ocasiones entran en los cuerpos de las personas, las poseen y les causan serios problemas. Las personas poseídas “*están como si locas*”, no controlan su carácter “*ni su lengua*”, caminan y se mueven de manera extraña y hablan lenguas que nadie conoce, y dicen “*cosas que no son posibles*.” En la entrevista informal en la que me contó estas historias de *jnûn* estaba presente su mujer que apenas entendía el castellano: ella escuchaba con atención y asentía las explicaciones que su marido me daba primero a mí en castellano y después a ella en árabe.

Alrededor del *mal de ojo* existen numerosas creencias y prácticas diversas muy arraigadas en la tradición árabe musulmana. Según Balbo y Pis-Diez (2007: 183-184) el agente causal de este mal es la mirada, y aunque se le pueda otorgar una atribución causal mágica, no necesita de la magia ni de intermediarios para que pueda concurrir en una persona. El sentimiento ambivalente de admiración, unido a la envidia por algo o por alguien es lo que puede desencadenar el mal, por lo que cualquier persona al poder experimentar esta duplicidad de sentimientos puede convertirse en agente causal voluntario o involuntario del mal de ojo y transmitirlo a través de la mirada. Sin embargo,

[...] el discurso popular tiende a definir una categoría de personas más sospechosas que otras: quienes aparecen con aspecto extraño desde el punto de vista físico y las mujeres ancianas cuya mirada es muy temida. [...] El mal de ojo enferma a niños, rompe parejas, provoca locura, arruina negocios, hace perder las cosechas, debilita al ganado, etc. Los niños son el grupo más susceptible de ser afectado por la acción del mal de ojo. Así, las palabras (comentarios) y las miradas dirigidas a los niños son sometidas a restricciones por las madres (Balbo 2004: 5).

En las personas que, voluntaria o involuntariamente, han sido *aojadas* se observan síntomas diversos como decaimiento, apatía, falta de apetito, vómitos, diarreas, fiebre, insomnio e incluso la muerte. A los más vulnerables, niños y niñas pequeños, es habitual protegerlos con la *mano de Fátima*.¹⁸² Si el niño o niña ya está aojado quemar *bokhor* de la Meca¹⁸³ en una pequeña hoguera sacará el mal del cuerpo.

¹⁸² Es muy frecuente colocar entre las ropas del niño o niña un amuleto muy popular en Marruecos: la *mano de Fátima*, que simboliza la mano protectora de Fátima, la hija del Profeta Mahoma. Este amuleto o medalla, lo mismo que ocurre con las cruces cristianas, se vende en muy diversas presentaciones y materiales, aunque es la *mano negra de Fátima* la modalidad que se cree que tiene más fuerza protectora. Este amuleto preventivo del aojamiento es un regalo muy popular en Marruecos: cada hijo o hija que nace puede recibir varios de ellos de sus parientes, amigos y allegados. No es extraño tampoco que las mujeres marroquíes en la inmigración se sientan perturbadas y contrariadas cuando algún extraño -también en las interacciones de la atención sanitaria- realiza algún gesto cariñoso o dedica palabras ensalzadoras a sus niños sin nombrar la palabra de Dios o bendecir en su nombre al niño al que le dedican esos gestos, ya que algunas sienten que sin querer, el/la extraña puede pasar el mal al niño indefenso: la vida en la inmigración no evita el aojamiento. Véase Anexo 4. Documentos fotográficos.

¹⁸³ Un joven matrimonio marroquí me contó que en un viaje a Marruecos su pequeña hija de dos años presentó síntomas inequívocos de haber sido aojada y que el ritual de quemar el *bokhor* de la Meca, una especie de polvo sagrado, la liberó del mal. En un plato se hace una pequeña hoguera, y al añadir y quemar el *bokhor* aparece la silueta de un ojo, síntoma de que, efectivamente, la persona está aojada y de que el mal arde en la hoguera. En su casa de Castellón ellos tienen el *bokhor* por si fuera necesario utilizarlo de nuevo en alguna otra ocasión. En una entrevista posterior pedí que me lo enseñaran y así lo hicieron: el aspecto del *bokhor* es similar a una mezcla de tierra, trozos pequeños de mineral y semillas y lo guardan en una bolsa de plástico. El relato de estos informantes se puede encontrar más adelante en el Apartado 6.3.1.3. *Posesión por jenûn, magia y aflicciones psicosomáticas de origen mágico-religioso*.

También es frecuente envolver o vestir a los recién nacidos con abundantes ropas poco o nada llamativas para que pasen desapercibidos y no sean objeto de comentarios y miradas de extraños que podrían *aojarlos*.

El *mal de ojo* es una entidad nosológica popular conocida en toda la cuenca mediterránea, y en otras y muy numerosos áreas geográficas del mundo, que en Marruecos concentra una gran cantidad de prácticas populares para prevenirlo o curarlo. La hegemonía de la medicina científico técnica ha condicionado de manera importante su desconocimiento en contextos más ricos y en aquellos en los que la biomedicina es más accesible. Los marroquíes que creen en este mal tienen que enfrentar en sus interacciones cotidianas de su vida en la inmigración, también en el campo de la atención sanitaria, su ya casi olvido en la sociedad de acogida.

Las prácticas mágicas, el *mal de ojo*, la *demolición de los huesos (tahtam la'dam)*,¹⁸⁴ o los *jnûn* nos remiten a territorios simbólico-terapéuticos que son expresión de la conflictividad de la vida social y de la esfera personal, y pueden funcionar también como indicadores de las tensiones existentes en Marruecos entre modernidad y tradición. Además, «el lloc i el rol que el djinn té en el pensament i la vida popular són d'una gran importància i juntament amb el culte dels sants constitueix l'especificitat del que se sol anomenar l'Islam magrebí» (Bermann i Lurbe, 2008: 29).¹⁸⁵

Como veremos más adelante, muchas de las expresiones y síntomas de la racionalidad mágico-religiosa se consideran por la psiquiatría transcultural¹⁸⁶ como síndromes dependientes de la cultura (*culture-bound syndrome*), «[...] folk illness, each of which is unique to a particular group of people, culture o geographical area. Because 'cultures' are never homogeneous, and because these conditions tend to occur in certain types of context (time, place, and social circumstances)» (Helman, 2007: 266).¹⁸⁷

¹⁸⁴ Síndrome convulsivo que se relaciona tanto con una posesión como con una crisis epiléptica.

¹⁸⁵ Traducción propia: «El lugar y el rol que el jinn tiene en el pensamiento y la vida popular son de una gran importancia y junto con el culto a los santos constituye la especificidad de lo que suele llamarse el Islam magrebí»

¹⁸⁶ La Psiquiatría Transcultural (*Cross-cultural Psychiatry*), dentro de la Antropología de la Medicina, se dedica al estudio y comparación de las aflicciones y enfermedades (*illness*) mentales y de sus diversos tratamientos en las diversas culturas del mundo.

¹⁸⁷ Traducción propia: «[...] enfermedades folk, cada una de las cuales es única para un grupo particular, para una cultura o área geográfica. La razón es que la cultura no es nunca homogénea y por tanto, las condiciones tienden a ocurrir en determinados contextos (tiempo, lugar y circunstancias sociales)»

Bajo la etiqueta de *medicinas tradicionales*, diversos autores (Gentil, 2002; Checa, 1998; RDH-50, 2006; Salud y Cultura, 2009)¹⁸⁸ incluyen no sólo la tradición médica islámica, vigente y muy demandada en países como India o Pakistán, sino también a la medicina profética, así como las diversas prácticas médicas populares herederas de la medicina humoral islámica clásica y las fundadas en creencias mágico-religiosas. En Marruecos, la evolución de estas medicinas y terapias tradicionales y de sus prácticas se han visto influenciadas por los procesos de cambio social y cultural muy intensos que, especialmente durante el siglo XX, y comienzos del siglo XXI, se han venido dando ligados a la industrialización y modernización del país que se ha acompañado también de importantes migraciones internas del campo a las grandes ciudades y de una hegemonía creciente de la medicina científica occidental y de su eficacia simbólica y técnica.

5.2.4. El sistema biomédico. Cerrando el círculo del pluralismo médico

Mateo Dieste (2008: 134-136) explica el proceso socio-histórico por el cual la medicina científica técnica occidental y el modelo hospitalario se va a legitimar en Marruecos. Hasta bien entrado el siglo XIX, la salud de la población marroquí estuvo en manos de médicos letrados y formados en la tradición humoral griega, oriental y andalusí y en un amplio repertorio de especialistas tradicionales. La medicina científica occidental tenía una representación limitada a un puñado de médicos europeos -*rumi*- que atendían a las elites marroquíes y a la presencia de monjes franciscanos en las misiones de las ciudades costeras. Por otra parte existían también instituciones hospitalarias de beneficencia -*maristanes* o *bimaristanes*- que acogían a enfermos mentales, pobres y/o enfermos y que se financiaban a través de la antigua institución jurídico-administrativo-religiosa islámica del *Habús* (sing. *habûs*; pl. *ahbâs*)¹⁸⁹ o de las fundaciones piadosas.

¹⁸⁸ En la bibliografía revisada se ha podido observar la diversidad de clasificaciones encontradas sobre las medicinas tradicionales presentes en el mundo árabe-musulmán, pero no así entender las relaciones y transacciones que se dan entre ellas. Tampoco se han encontrado datos relevantes que permitan discernir la mayor o menor presencia y niveles de utilización de todas ellas en los diferentes contextos locales de Marruecos.

¹⁸⁹ El *Habûs* era una de las más importantes modalidades de propiedad en Marruecos, muy habitual en todos los países arabo-musulmanes. Los bienes *ahbâs*, están “aprisionados”, “detenidos”, “inmovilizados,” es decir, colocados en situación jurídica que no permite que sean donados, vendidos o heredados, pero sí utilizados sus intereses por instituciones piadosas que los administran y distribuyen. La

Pero será a partir de la segunda mitad del siglo XIX cuando la medicina europea se empezará a introducir en Marruecos y se difundirá acompañando a los intereses coloniales de las metrópolis. Según Mateo Dieste, desde posiciones de poder marcadas por una ideología higienista racialista, es como se comenzará a fraguar un sistema embrionario e imperfecto de red sanitaria pública, que incluyó la construcción -siguiendo el modelo hospitalario europeo- de hospitales y dispensarios, muchos de ellos de carácter benéfico, para residentes franceses o españoles y población necesitada; se establecieron medidas higienistas (vigilancia del estado de los alimentos en los zocos, de la pureza de las aguas, del estado de los edificios, limpieza de las basuras...) y sucesivas campañas de vacunación y desratización y de control de epidemias; las normativas sanitarias relativas a los muertos y sus enterramientos no siempre contaron con la confianza y aceptación de la población a las que iban dirigidas, con fuertes resistencias culturales a introducir medidas forzadas y en ocasiones vejatorias, violentas desde el punto de vista cultural. En definitiva,

[...] la colonización directa iniciada por Francia y España depositó en la medicina el desempeño de un doble rol de propaganda política como escaparate de “civilización”, al tiempo que construyó hospitales en las grandes ciudades y centros asistenciales en las zonas rurales, los “dispensarios indígenas” situados junto a las oficinas de Intervención. Desde estos espacios se concebía al médico como un misionero que debía convencer de la superioridad europea [...] Durante el periodo (colonial) se fue introduciendo el modelo biomédico y su progresiva legitimidad entre los diversos sistemas médicos (Mateo Dieste, 2008: 135).

A partir de 1945 las resistencias de la población a la penetración de la medicina occidental irán disminuyendo, al tiempo que también se producirán adaptaciones culturales de las políticas sanitarias (segregación sexual espacial en consultorios, campañas de vacunaciones separadas por sexos, presencia de mujeres doctoras, incorporación de ciertos especialistas tradicionales...).

Durante todo este tiempo las transacciones y el uso complementario de la medicina europea (biomedicina) y las medicinas y terapias tradicionales no ha dejado de

antigua institución religioso-jurídica islámica del Habús se remonta al Profeta Mahoma y no tiene equivalente en la legislación española: durante siglos, las donaciones voluntarias de orden religioso/humanitario de los creyentes piadosos han permitido que bienes patrimoniales de diversa índole (inmuebles por ejemplo) se dedicaran al sostenimiento de los pobres y enfermos, viajeros, diversas obras sociales y de caridad, rescate de cautivos, gastos de culto, ampliación de mezquitas o mantenimiento de la Guerra Santa. Véase DE LAS CAGIGAS, (1950: 9-22)

darse al tiempo que la medicina científico técnica ha ido consolidando su posición como sistema médico hegemónico.

A partir de 1956, con la independencia de Marruecos, la hegemonía del modelo biomédico y de los dispositivos hospitalarios que lo acompañaron durante la colonización no se concretaron en un sistema nacional de salud equitativo con amplia cobertura para la población, sino en un modelo mixto de sanidad pública carencial y el desarrollo creciente de una sanidad privada cara y excluyente. El sistema sanitario marroquí, una vez superado el modelo higienista colonial racializado, no ha conseguido eliminar las desigualdades en el acceso a la salud de la población marroquí.

En el Apartado 1.4 se ha presentado el marco legal de la asistencia sanitaria que da cobertura a los y las inmigrantes marroquíes en España y en la Comunidad Valenciana. Revisar en el siguiente apartado la situación actual de la atención sanitaria en Marruecos y su Sistema Nacional de Salud permitirá establecer comparaciones y dará también claves para el posterior análisis e interpretación de sus discursos: su percepción de satisfacción por la asistencia sanitaria recibida en la Comunidad Valenciana, la naturaleza -permanencias y cambios- de sus demandas culturales de salud y de sus interacciones con el personal sanitario en sus destinos migratorios.

5.2.4.1. El sistema sanitario en Marruecos

Tras la independencia, según el Informe “*50 Ans de Développement Humain*” (2006),¹⁹⁰ Marruecos optó por un modelo sanitario en el que el Estado se ocupaba de la producción y financiación de los cuidados de salud, así como de la gestión y regulación del sector. Pero, a pesar de los esfuerzos desplegados por el sector público, y el enorme y rápido desarrollo del sector privado de salud, existen graves deficiencias e inequidades en el acceso y prestaciones de salud a la población:

La cobertura hospitalaria es insuficiente (1 cama por 900 habitantes) y se concentra en las grandes ciudades, limitando el acceso a los cuidados de salud del mundo rural (1/4 de la población vive a más de 10Km de un puesto de salud). Los seguros médicos no dan cobertura a toda la población. No existe tarjeta sanitaria y son habituales los pagos informales al personal sanitario por los servicios públicos.

¹⁹⁰ No se han encontrado documentos marroquíes posteriores que hayan podido avalar alguna modificación de los datos de este informe, que a continuación se reproducen.

Tampoco existe historia clínica lo que implica que los pacientes deben guardar sus historiales médicos, ni procedimientos de cita previa lo que genera esperas prolongadas y colas para ser atendido. Hay barreras y dificultades en la coordinación entre el nivel primario de salud (ambulatorios/centros de salud) y el nivel hospitalario. El acceso a los medicamentos tiene también deficiencias, con una disponibilidad limitada en los hospitales y mayor disponibilidad de medicamentos en el medio urbano que en el rural. No hay recetas y los usuarios deben costear los medicamentos o materiales médicos que necesitan. Los recursos humanos –médicos-enfermeras/os- auxiliares de enfermería- dentro del sistema público de salud son también insuficientes (RDH-50, 2006).

En general los recursos públicos en Marruecos han venido siendo muy limitados, lo que unido a deficiencias en la planificación de políticas de salud pública y en la gestión sanitaria no han conseguido disminuir las desigualdades e inequidades entre el medio rural y el urbano, ni universalizar los cuidados de salud de forma que sean accesibles también para las clases más desfavorecidas. El gasto público en materia de salud beneficia sobre todo a la población urbana mejor situada económicamente, manteniéndose una débil calidad de los servicios públicos. Los seguros de enfermedad cubren alrededor de un 15 % de la población, sobre todo a los funcionarios de las zonas urbanas, y la cobertura de la sanidad pública no asegura una atención completa, de forma que una parte del gasto sanitario (material sanitario, medicinas) corre a cuenta de la persona enferma. Tampoco se reconoce la discapacidad, lo que supone cargas muy importantes para las familias y asociaciones que atienden a los discapacitados (RDH-50, 2006: 119-125; Mateo Dieste, 2008: 136). La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2013) aporta indicadores de salud de Marruecos que corroboran y complementan los datos del Informe RDH-50:

Life expectancy at birth m/f (years)	70/74
Probability of dying under five (per 1 000 live births)	33
Probability of dying between 15 and 60 years m/f (per 1000 population)	141/89
Total expenditure on health per capita (Intl \$, 2011)	304
Total expenditure on health as % of GDP (2011)	6.0

Tabla 7. Indicadores de salud. Marruecos. Global Health Observatory (WHO, 2013 a).¹⁹¹

Si atendemos a dos de los indicadores clásicos de salud: la mortalidad materna¹⁹² y la mortalidad infantil,¹⁹³ en el periodo 2005-2010, que engloba el trabajo de campo de esta tesis, podemos observar una tendencia positiva en ambos indicadores que no han dejado de descender en Marruecos desde el año 2000.¹⁹⁴ La siguiente tabla trata de ilustrar este hecho, comparando también los datos del país de origen de los y las migrantes y el de acogida:

	Mortalidad Infantil			Mortalidad Materna		
Año	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Marruecos	53 /10 ³	43 /10 ³	34 /10 ³	170 /10 ⁵	130 /10 ⁵	100 /10 ⁵
España	7 /10 ³	6 /10 ³	5 /10 ³	5 /10 ⁵	6 /10 ⁵	6 /10 ⁵

Tabla 8. Maternal and Child mortality ratio by country. Global Health Observatory Data Repository (WHO, 2013b; WHO, 2013c).

Los marroquíes de origen urbano están familiarizados con la medicina científico técnica, que conocen y suelen elegir como opción preferente cuando los (auto)cuidados en el seno de la familia (dentro del sector popular) no resuelven el problema de salud, y

¹⁹¹ Las cifras corresponden al año 2009.

¹⁹² La tasa de mortalidad materna (TMM) es el indicador demográfico que señala el número anual de muertes de mujeres en una población dada por cada 100.000 niños nacidos vivos, debidas a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo. Incluye muertes durante el embarazo, parto y puerperio.

¹⁹³ La tasa de mortalidad infantil (TMI) es el indicador demográfico que señala el número de muertes de niños en una población dada antes del primer año de vida, o antes de los cinco años, por cada 1000 nacidos vivos. Se mide sobre niños menores de un año y sobre menores de cinco años. En la tabla que sigue se ha mostrado la tasa de mortalidad de menores de cinco años.

¹⁹⁴ Estos indicadores no recogen las ratios diferenciales entre las áreas rurales y las urbanas.

a la que acceden, bien sea a través del sector público o del privado; la población de origen rural ve muy limitado su acceso, no sólo por la escasez de dispositivos de salud a su alcance, sino por no poder costear en muchas ocasiones los gastos de la asistencia sanitaria. Así pues, en la práctica,

[...] los sistemas aquí mencionados (humoral, mágico-religioso, profético y biomédico) conviven, colisionan y, a menudo, se entrecruzan. Sin embargo, los itinerarios pragmáticos no están sólo marcados por universos simbólicos, sino también por constricciones derivadas de la posición social ocupada (Mateo Dieste, 2008: 137).

En la emigración es habitual que las personas migrante reelaboren sus códigos de valores y su identidad como parte de los procesos de adaptación al nuevo medio social. Un sistema sanitario diferente y la imposibilidad de recurrir de manera complementaria a otros sistemas médicos tradicionales y a sus terapeutas como lo podían hacer en Marruecos, necesariamente condicionará también cambios en su manera de abordar los procesos de salud-enfermedad-atención.

Cabe decir que, dada la heterogeneidad interna de este colectivo de migrantes (de cualquiera de los colectivos de migrantes), hacer generalizaciones en este sentido puede comprometer hasta cierto punto una visión rigurosa de estos procesos y, sobre todo, la singularidad de todas y cada una de las personas de origen marroquí: una vez más tendríamos que recordar que, además del origen cultural común árabe musulmán, variables personales como la edad, sexo, nivel de estudios u origen rural o urbano serán importantes a la hora de entender las permanencias y cambios en las creencias y prácticas de salud-enfermedad de este colectivo en la inmigración.

Cincuenta años después de la independencia, la población marroquí ha ganado en esperanza de vida, ha reducido la morbilidad y está instalada en un periodo de transición epidemiológica que refleja precisamente estos cambios positivos pero, al mismo tiempo, el acceso de la población a los cuidados de salud es incompleto y poco equitativo. Los tres déficits mayores en el área de la atención a la salud en Marruecos son la insuficiente cobertura de los servicios de atención sanitaria, la inequidad de la población marroquí ante la salud y la muerte, así como la aún demasiado elevada mortalidad materno-infantil (RDH-50, 2006: 121). Quizá todos ellos estén detrás de la valoración global positiva que los inmigrantes marroquíes hacen del sistema público de salud española, y en concreto de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana, a pesar de las barreras culturales y administrativas con las que se encuentran.

Frente a las diferencias importantes entre el Sistema Nacional de Salud en Marruecos y el sistema español más garantista de derechos y prestaciones sanitarias, no podemos olvidar, y nos preocupa, que la European Network Against Racism en su informe 2007 sobre la situación del racismo en España, advertía ya que los inmigrantes sufren discriminación en el acceso a la sanidad debido a las barreras culturales y lingüísticas y por la falta de suficientes mediadores culturales que faciliten la comunicación entre el paciente y los servicios sanitarios (Lorente y Alonso, 2007: 17). También es pertinente recordar, una vez más, que el Real Decreto Ley 16/2012, aprobado el pasado 20 de abril, que entró en vigor en Septiembre de 2012, vincula el derecho a la asistencia sanitaria y la financiación pública de los medicamentos a la situación administrativa y de empleo de los ciudadanos, rompiendo de esta forma con el modelo de Sistema Nacional de Salud hasta ahora existente (ODUSALUD, 2013).¹⁹⁵

Una vez examinadas las diferentes racionalidades curativas que podemos encontrar en Marruecos, en el siguiente apartado se revisarán algunas de las prácticas y hábitos de cuidado sanitario de la población marroquí, la mayor parte de las cuales se reproducirán también en la inmigración.

5.3. Prácticas y hábitos sanitarios entre la inmigración árabe musulmana marroquí: perspectivas culturales

Checa (1998: 91) en su estudio ya citado sobre la *culturización del dolor* entre inmigrantes magrebíes, incide en dos hechos importantes a la hora de comprender sus prácticas y hábitos sanitarios: la fuerte presencia del Islam, como religión oficial en la práctica totalidad del Magreb, así como el alto índice de ruralización de los países asociado a la fuerte presencia -también en el ámbito urbano- de creencias y prácticas de la medicina popular y un amplio repertorio de curanderos y sabios expertos en curaciones religiosas.

El Islam es mayoritario entre la inmigración marroquí e importa resaltar que esta religión estimula a las personas a preservar la salud, cuidar el cuerpo y buscar remedios

¹⁹⁵ No se han encontrado datos que hagan referencia a las repercusiones de estas modificaciones legislativas restrictivas puedan estar teniendo sobre el colectivo de inmigrantes marroquíes en la Comunidad Valenciana, pero se recomienda revisar el Informe nº2 del Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana, de Diciembre de 2012, en el que se monitorizan las deficiencias en la atención sanitaria propiciadas por este Real Decreto.

para las enfermedades, evitando comportamientos y hábitos que maltraten el cuerpo y puedan perjudicarlo o enfermarlo. El Islam advierte también de las consecuencias negativas de ciertas actitudes, como la hipocresía, el carácter arrogante, o el excesivo apego a las cosas materiales que desvían a la persona del *camino de la fe* y hacen *enfermar el corazón*. Cuidar el cuerpo -como préstamo temporal que es- y evitar prácticas que lo mortifiquen, incluido el suicidio, son preceptos religiosos que toda persona -buena musulmana- debe cumplir. Desde esta perspectiva superar la enfermedad aumentará pues la virtud y la *pureza de corazón*, dos cualidades importantes por las cuales serán juzgadas las personas al final de sus días (*qalb*) (Casado y Valenzuela, 2008: 47).

Según Bize (2008: 1-6) desde la perspectiva islámica la salud es un estado integral y dinámico de armonía y bienestar que involucra al *espíritu*¹⁹⁶ y al *alma*, no sólo al cuerpo y no hay verdadera salud sin felicidad: la salud no es algo completamente psíquico ni menos aún físico y tampoco se puede medir; es pues un estado del alma que involucra a los demás componentes de la persona. La enfermedad aparece como fruto del desequilibrio de ese estado dinámico de armonía: las *faltas*, las malas conductas y actitudes (odio, envidia, etc.), los malos hábitos de vida de las personas harán enfermar el alma y el desequilibrio afectará a toda la persona.

El estado natural del ser humano es la salud, no la enfermedad y la salud se pierde, no se alcanza: de ahí la importancia de los buenos hábitos de vida que permitirán que la persona mantenga la salud.

El Islam no distingue la vida secular de la religiosa, es una religión y también un sistema de vida capaz de generar una fuerte cohesión comunitaria, por lo que será importante entender su enorme influencia sobre las creencias y prácticas de salud-enfermedad y su relación con los valores y prácticas individuales y colectivas que las acompañan,

Islam also has a particularly extensive body of literature denoting how to manage the body and promote health and well-being [...] the notion of what is sanctioned (*hal-lâl*) and prohibited (*harâm*) is found in the Qu'ran, as well as in other Islamic texts such as *Sunnah* and Hadîth [...] Throughout the Muslim World, perceptions and practices of the body are heavily influenced by Islamic reasoning, as well as other social factors[...] Islamic texts such as the *Sunnah*

¹⁹⁶ Bize se refiere al espíritu como la parte psíquica de la persona.

and *Hadîth* address a wide range of issues, including: conception, contraception, birth, circumcision, menstruation, intercourse, ritual cleansing, therapies, dietary, habits, death and treatment of the deceased. (Tober and Budiani, 2007: 5-6).¹⁹⁷

La presencia del Islam se percibe en numerosos aspectos de la vida cotidiana de la inmigración marroquí:¹⁹⁸ en las relaciones familiares y de género, en sus formas de sociabilidad y relaciones sociales, en la gestión del tiempo y del espacio privado-público en función del género, en el trabajo, ocio y prácticas religiosas, en sus fiestas y celebraciones, en el acondicionamiento de sus viviendas, en la expresión de la hospitalidad, la solidaridad y en el funcionamiento de sus redes sociales, entre otros. En lo que a prácticas y hábitos sanitarios se refiere hay que tener presente que

[...] en los *hadîth* se afirma que *Al-lâh* ha enviado tratamiento para todas las enfermedades y se describen normas de higiene como la depilación, el aseo del cabello y unas, o la limpieza de las partes púdicas (*istinja'*) [...] En el Corán se elogian las propiedades curativas de la miel y ciertas hierbas medicinales, el carácter preventivo de los alimentos, o el poder purificador de las oraciones coránicas y el agua [...] la ablución, la circuncisión, evitar la carne de cerdo, el alcohol y las drogas, o practicar el ayuno, se consideran actos preventivos de la enfermedad (Casado y Valenzuela, 2008: 46, 47).

Mouna Louhamame destaca así mismo el impacto de los factores sociales y culturales que concurren en las prácticas culturales y religiosas de la población marroquí en España, ya que determinan (o pueden determinar) sus percepciones y su acceso al sistema sanitario receptor; el ayuno del Ramadán, la planificación familiar y el rol de la mujer marroquí, así como los factores culturales y religiosos asociados a la muerte, son, según ella, los más relevantes a la hora de pensar la atención sanitaria de la población marroquí en España. Para Louhamame algunos preceptos religiosos pueden llegar a conformarse también como barreras temporales o constantes en la atención

¹⁹⁷ Traducción propia: «El Islam tiene un particular y extenso cuerpo de literatura que indica cómo manejar el cuerpo y promover la salud y el bienestar. La noción de qué es permitido (*hal-lâl*) y prohibido (*harâm*) está fundada en el Corán, así como también en otros textos coránicos como la *Sunna* y los *Hadîth* [...] A través del mundo musulmán percepciones y prácticas sobre el cuerpo están fuertemente influenciadas por el razonamiento islámico, así como también por otros factores sociales [...] Los textos islámicos, como la *Sunna* y los *Hadîth*, abordan una amplia gama de asuntos que incluyen: concepción, contracepción, nacimiento, circuncisión, menstruación, relaciones, rituales de limpieza, terapias, dieta, hábitos, muerte y tratamiento de los cadáveres»

¹⁹⁸ Para una revisión pormenorizada de las prácticas culturales y religiosas de los inmigrantes arabo-musulmanes véase LACOMBA, JOAN (2001) *El Islam inmigrado. Transformaciones y adaptaciones de las prácticas culturales y religiosas*, Madrid, Secretaría General Técnica-Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

sanitaria, tanto entre el personal sanitario y los pacientes (en relación a la exploración física, la prescripción de medicamentos o dietas, o en términos de adhesión al tratamiento), como entre los pacientes y el sistema de salud (Louhamame, 2009: 372).

Mostrar las prácticas y hábitos de cuidado sanitario de la población marroquí inmigrada requiere también dos puntualizaciones previas: la primera, como ya hemos visto, es que gran parte de ellas están fuertemente influenciadas por los preceptos y recomendaciones al respecto dictadas en el Corán y la *Sunna* del profeta Mahoma; la segunda, que el grado de adscripción y cumplimiento de estas reglas entre la población es muy variable y vendrá determinado tanto por el grado de adhesión religiosa personal como por otras variables vinculadas, por ejemplo, al sexo, clase social, origen rural/urbano, nivel de instrucción, situación administrativa, laboral y familiar, etc.

5.3.1. Usos y costumbres higiénicas

¡Vosotros que creéis! Cuando vayáis a hacer el salat (oración) lavaos la cara y las manos llegando hasta los codos y pasaos las manos (mojadas) por la cabeza y por los pies hasta los tobillos.

Y si estáis impuros purificaos.

Y si estáis enfermos o no encontráis agua, estando de viaje o viniendo alguno de vosotros de hacer sus necesidades o habiendo tenido relación con mujeres, procuraos entonces tierra buena y pasáosla por la cara y las manos (Corán, Sura de la Mesa Servida, 7).

La oración (*salat* o *Ṣalāt*) es uno de los cinco preceptos fundamentales -pilares- del Islam, junto a la profesión de fe (*šahāda* o *shahada*), la limosna (*zakāt* o *azaque*), el ayuno (*Ṣawm*) y peregrinar a la Meca (*hajj* o *hayy* o *ḥağğ*). La oración se practica cinco veces al día y antes de orar las abluciones (*tahara*) previas son preceptivas. Así mismo también desde el Corán se insta a los musulmanes a lavarse con agua después de mantener relaciones sexuales y después de defecar u orinar, y se tendrán que lavar también las manos después de haber realizado la higiene de las partes íntimas (*istinja*). El agua,¹⁹⁹ elemento fundamental en la cultura islámica, se considera el mejor agente de limpieza, mejor que el papel higiénico; la mano izquierda es considerada impura y por

¹⁹⁹ El agua que apaga la sed del cuerpo y del alma es considerada como un don de Dios para los musulmanes y es también símbolo de pureza y de sabiduría.

tanto es la que se reserva para la higiene de genitales y zona perianal, mientras que la derecha es la única permitida para tomar los alimentos de la mesa.

La *tierra buena* -la arena del desierto por ejemplo- será un buen sustituto del agua para hacer las abluciones cuando ésta no esté disponible.

Los vestidos pueden ser humildes pero deben estar siempre limpios en la medida de las posibilidades de las personas. Sobre todo las personas se vestirán con ropas limpias para la oración. Las ropas deberán lavarse especialmente si han estado en contacto con sustancias impuras: sangre, orina, semen, exudados, heces, secreciones de perros o cerdos, o tras haber estado en contacto con un cadáver. Como se verá más adelante, el cadáver, antes de ser enterrado es despojado de sus ropas, lavado completamente por una persona del mismo sexo y vestido con un sudario de tela blanca y limpia.

Pureza, limpieza, recato y mesura en los comportamientos son recomendaciones para toda persona musulmana: *¡Hijos de Adam! Poneos vuestros mejores y más puros vestidos en cada lugar de oración; y comed y bebed, pero no os excedáis. Es cierto que Él no ama a los que se exceden* (Corán, Sura Al-‘Araf, 29).²⁰⁰

Mahoma declaró que la higiene es una manifestación de la fe y desde esa perspectiva las prácticas higiénicas adquieren un significado especialmente relevante entre la población musulmana. Según los *dichos* del Profeta, «[...] se taller les moustaches, garder la barbe, se brosser les dents, se rincer les narines, se taller les ongles, se laver les articulations des doigts, s’enlever la pilosité des aisselles, se raser la pilosité du pubis, utiliser l’eau après avoir fait ses besoins, et se rincer la bouche» (La Maison de l’Islam, 2008),²⁰¹ serán reglas de higiene importantes, así como también se considera una práctica higiénica el ritual de la circuncisión en los niños musulmanes antes de la pubertad.

Islam’s attitude to bodily cleanliness (*tahara, nadhafa*) is linked to faith according to a very famous saying of the Prophet: “Cleanliness is inextricably linked to faith”. The entire Islamic philosophy of bathing and ablutions, major or minor, as well as that of the general hygiene of the believer, springs from

²⁰⁰ Sura Al-‘Araf, o “La altura divisoria entre el Jardín y el Fuego.”

²⁰¹ Traducción propia: «Cortarse el bigote, conservar la barba, cepillarse los dientes, enjuagarse las narices, cortarse las uñas, lavarse las articulaciones de los dedos, quitarse el vello de las axilas, afeitarse el vello del pubis, usar el agua después de haber hecho sus necesidades y enjuagarse la boca».

this precept. This is also true for de *hammam*, which are the pivot of two complementary worlds, the sacred world of the mosque and the profane world of the exchange, the street, the *souk* (Chebel, 2000: 98-99).²⁰²

El baño del cuerpo y los diversos rituales que lo acompañan forman parte de la tradición islámica. Bien sea en el hogar o en los baños públicos (*hammam*),²⁰³ el baño cumple diversas funciones: higiénicas, simbólicas (purificadoras, antes de la oración o como el lavado ritual de los cadáveres antes de ser enterrados) y psicosociales cuando hombres y mujeres, siempre por separado, en espacios diferentes o en horarios distintos, acuden a los baños públicos a bañarse y encontrarse. El *hammam* es un lugar de socialización en el que se evidencia la separación espacial de los géneros habitual en el mundo árabe-musulmán.

De acuerdo con la Sunna existen tres tipos de baño corporal (Islamic Council of Queensland, 1996: 23, 24):

1.- El baño completo o *ghusl* se recomienda después de haber tenido relaciones sexuales, o cuando éstas se hayan mantenido antes de la oración; también después de la eyaculación en los hombres y después del sangrado menstrual, así como en el puerperio (en el post-parto) de la mujer. También es preceptivo el *ghusl* dentro del ritual de iniciación al Islam, antes de enterrar a una persona musulmana o cuando se haya estado en contacto con algún cadáver. Así mismo se recomienda un baño suplementario los viernes, el día sagrado de la semana, los primeros días de mes o con ocasión de festividades importantes.

2.- El *wudhu* o abluciones previas a la oración en la que toda persona musulmana se lava con agua las manos, boca y agujeros de la nariz, cara, antebrazos, también debe pasar las manos húmedas o un trapo por la cabeza, orejas, cuello y lavar sus pies y tobillos para purificarse. El estado de inconsciencia o desmayo y las diversas emisiones de fluidos corporales implicarán impureza y por tanto anularán la purificación del *wudhu*: orina, heces, fluidos prostáticos, supuraciones, vómitos,

²⁰² Traducción propia: «La actitud del Islam hacia la limpieza corporal (*tahara*, *nadhafa*) está vinculada a la fe de acuerdo con un famoso dicho del Profeta: “La limpieza está inextricablemente unida a la fe”. La totalidad de la filosofía islámica sobre el baño y las abluciones (mayores o menores), así como la de la higiene general del creyente, se deriva de este precepto. Esto también es cierto para los de *hammam*, que son el eje de dos mundos complementarios, el mundo sagrado de la mezquita y el mundo profano del intercambio, la calle, el zoco»

²⁰³ En árabe moderno *hammam* significa baño o aseo y viene de la raíz árabe *hmm* que significa calor.

hemorragias por cualquier orificio corporal: nariz, boca, oídos, ano y también vagina. Por esta última razón las mujeres están exentas de practicar la oración diaria durante el periodo menstrual.

3.- El tercer tipo de baño es el *tayammum*. Cuando el agua para el *ghusl* o *wudhu* no se puede obtener es posible utilizar polvo, tierra o piedras y simular con ellas el lavado de manos y antebrazos para la purificación ritual previa a la oración

Los baños públicos (*hammam*) o baños árabes, herederos de las termas romanas, constituyen uno de los legados del mundo islámico que perviven en todo el mundo árabe-musulmán. La falta de agua corriente y más aún de agua caliente, explican Bermann y Lurbe (2008: 50, 51), es común en el medio rural en Marruecos y también en algunas zonas urbanas, por lo que la gente acude a los baños públicos generalmente una vez por semana.²⁰⁴ Ubicados a menudo en el centro de las medinas, son construcciones más o menos lujosas o humildes, alicatadas en su interior con azulejos y con una fuente en el centro. Lugares generalmente bellos y tranquilos, en los que la luz tenue y la falta de ruidos -se habla siempre en voz baja- invitan a liberar tensiones y serenarse. Al *hammam* y a los rituales higiénicos que allí se realizan, se les atribuyen múltiples propiedades salutíferas bio-psico-sociales que van más allá de la simple higiene del cuerpo:

En Marruecos hombres y mujeres acuden periódicamente al *hammam* en busca de paz y placer para los sentidos. Limpiar el cuerpo es para ellos un modo de expresar la fe y el agua purifica las almas y cuerpos [...] Es frecuente ver a las marroquíes, como a otras mujeres árabes por todo el mundo, acudir al *hammam* cargadas de útiles de belleza, en compañía de amigas o de sus propios hijos. Pero éstos sólo pueden estar junto a sus madres hasta los siete años. Después tienen que acudir con sus padres (De Paz, 2009).

De Paz explica también que el *hammam* se vincula a los grandes momentos de la vida: nacimiento, circuncisión y matrimonio. El mismo Mahoma recomendó que se frecuentaran los *hammam* ya que creía que el calor propiciaba la fertilidad. En el *hammam* se limpia y cuida el cuerpo, se dan friegas y masajes, se frota la piel con piedra pómez para eliminar las impurezas. Las mujeres utilizan el *ghasoul*, una arcilla jabonosa, a modo de champú y el polvo de *henna* para teñir el pelo y protegerlo. Los poros se dilatan con el vapor caliente y se eliminan toxinas a través de la piel. Vapor

²⁰⁴ En las ciudades marroquíes es común encontrar *hammam* en muchos de sus barrios.

caliente para purificar y limpiar el cuerpo y agua fría para rebajar el calor corporal cuando se hace excesivo. Dado que los genios (*jinûn*), según la creencia popular, habitan en lugares donde abunda el agua, se cree que también pueden vivir en el *hammam*, por lo cual en ocasiones se dan gritos de invocación o se encienden velas para no incomodarles.

Masaje, serenidad y placer para los sentidos, el *hammam* también es lugar para hablar, para compartir problemas y experiencias, es un espacio de socialización, encuentro e intercambio, un espacio de comunicación. Lavarse, limpiarse, perfumarse y cuidar el propio cuerpo -la persona- es una placentera obligación para los musulmanes y musulmanas.²⁰⁵

El uso de perfumes es también muy apreciado como complemento de la higiene corporal: el mismo Mahoma apreciaba los perfumes y los utilizaba, pero recomendaba que su uso fuera moderado y discreto, «[...] parfum qui n'est pas ressenti par deux don ton passe à proximité» (La Maison de l'Islam, 2008).

5.3.2. Hábitos de alimentación

Para Tarrés, la alimentación es un marcador cultural que permite identificar y demostrar la pertenencia a un grupo y la identidad étnica que a él se asocia. Además, «[...] las pautas alimenticias nos informan sobre las complejas redes de relaciones humanas, y abarcan aspectos como la estructura social, las actividades económicas y laborales, las relaciones de género y otras» (Tarrés, 1998: 123).

El Corán y la *Sunna* son los ejes que vertebran la identidad musulmana, y en ellos se encuentran las normas que van a regular y organizar su vida espiritual y material, así como las relaciones socioeconómicas, jurídicas y políticas en los países musulmanes. Los hábitos de alimentación están igualmente regulados en el Islam y los alimentos adquieren, más allá de sus propiedades nutricionales, un potente valor simbólico, constituyendo un elemento identitario y de cohesión social entre los

²⁰⁵ Una de mis informantes (1-M35-U-CM), una mujer joven con estudios universitarios, en una de las entrevistas informales, me contó que no poder ir al *hammam* con sus amigas y hermanas era una de las cosas que en su nueva vida de emigrante le producían mayor tristeza y nostalgia de su país. Aquí no hay *hammam* o si los hay -le han contado que también existen- son diferentes y muy caros, no tienen espacios separados por géneros y, sobre todo, el clima social interior no tiene comparación posible con los que ella frecuentaba en Marruecos: “No, no son la misma cosa que allí... aquí no conozco, pero aquí no son lo mismo, que no está la gente mía de allí, aquí no hay amigas y hermanas...”

musulmanes. «A l'islam es considera l'acció de menjar com a part del ritus d'adoració a Allah. L'acte d'alimentar-se es considera com de subsistència i bona salut, i es desaproven tant les desenfrenes com els capritxos alimentaris» (Bermann i Lurbe, 2008: 43).

Corán y Sunna regulan también el consumo y manipulación de los alimentos, que se dividirán en *hal-lâl*, puros y permitidos, o *harâm*, impuros y prohibidos.²⁰⁶ El cerdo y todos los alimentos que lo contengan son *harâm*, así como también otras carnes y animales, sangre y los peces o animales acuáticos sin escamas.

Se os prohíbe la carne del animal muerto por causa natural, la sangre, la carne de cerdo, la del animal que haya sido sacrificado en nombre de otro que Allah, la del que hay muerto por asfixia, golpe, caída, cornada o devorado por una fiera, a menos que lo degolléis (antes de que muera) (Corán, Sura de la Mesa Servida, 4).

El consumo de sustancias que perturben la conciencia como el alcohol y las drogas, son *harâm*, así como el tabaco, sobre el que nada se dice en el Corán ni en los *hadices*, pero que se considera *harâm* porque se sabe que produce dependencia de la nicotina y es perjudicial para la salud. El alcohol además no se puede consumir en ninguna de sus formas: como bebida, en la preparación de guisos y otros alimentos y en ninguna medicación que no sea de emergencia, en cuyo caso si podrá ser administrado (Hammad, 1999: 15,16).

La dieta y la nutrición en el Magreb es de tipo Mediterránea con elevado consumo de té y dulces. *Harira* (sopa de garbanzos con trozos de carne), *kefta* (carne de cordero o vaca picada, condimentada y asada sobre brasas), *couscoús* (*al-Kuskus* o cuscús, sémola de trigo con verduras, cordero y pollo), *mechoui* (cordero), son platos habituales en las casas de la inmigración marroquí (Fernández Molina, 2006: 137).

Según Checa, los dos indicadores más importantes del buen comportamiento religioso individual del/la inmigrante magrebí (marroquí) musulmán/a son acatar el precepto de no comer cerdo y no beber alcohol, al tiempo que resalta el hecho de la importancia de la carne, más allá de su valor dietético y nutricional ya que

²⁰⁶ Los conceptos *hal-lâl* (lícito, puro, permitido) y *harâm* (impuro, ilícito, prohibido), aunque se utiliza en relación a los alimentos permitidos o prohibidos por el Corán, tienen un significado amplio que no se subsume a los alimentos y sustancias que se pueden ingerir o introducir en el cuerpo.

[...] posee un valor simbólico acentuado por la religión, que juega un papel importante a la hora de regular y ordenar su consumo [...] La búsqueda y consumo de carne *hal-lâl* actúa entre muchos inmigrantes musulmanes como un elemento de cohesión social y es una expresión y un refuerzo de su identidad cultural (Checa y otros, 2003: 49).

Así pues, la carne es un elemento muy importante dentro de la dieta de los inmigrantes magrebíes, tanto por su valor nutritivo como por su valor simbólico (Berman i Lurbe, 2008: 43,44; Tarrés, 1998: 125; Checa, 2003: 49; La Maison de l'Islam, 2008; Gentil, 2005: 55, 56) ya que está presente en los principales momentos de la vida social: en los ritos de paso; en las festividades religiosas como la de *Aid El Kebir*²⁰⁷ (o Aïd al-Kabîr, gran fiesta) -la fiesta del sacrificio del cordero-; un cordero también se sacrifica el día en que se le da nombre al hijo/a tras el nacimiento,²⁰⁸ y después se come junto con otras carnes y dulces el día que se celebra la *Fiesta del Nombre*.²⁰⁹ La carne forma parte también del ritual del duelo cuando el tercer o cuarto día tras la muerte de una persona, se reúnen los familiares y amigos para rezar, recordar

²⁰⁷ Según Joan Lacomba (2001:224) esta fiesta marca uno de los momentos importantes del calendario musulmán. Su fecha de celebración es cambiante porque se celebra siempre dos meses lunares y diez días después de terminar el Ramadán (70 días después). *Aid el Kebir* tiene un fuerte componente simbólico religioso porque hace referencia al pasaje de la tradición judeo cristiana en la que se relata el sacrificio de Isaac por su padre Abraham y la sustitución final del hijo por el cordero sacrificado. Es una fiesta con enmarcado carácter festivo y familiar que se celebra también en la inmigración y es motivo de encuentro para el colectivo inmigrado y de recuerdo del país de origen y de la familia que allí ha quedado.

²⁰⁸ Siguiendo el ritual, en el momento del sacrificio, cuando se va a degollar y desangrar al cordero, se invoca a Allah y el padre le da el nombre la hijo/a que acaba de nacer. Una vez sacrificado el cordero según la regla islámica será llevado a la casa y cocinado en grandes ollas para ser servido en la fiesta que un par de días después se celebrará en la casa familiar para todos las amistades, familiares y vecindad que quieran participar.

²⁰⁹ En el Apartado 4.4.5 se ha destacado el valor de esta celebración en los escenarios de la inmigración. En Mayo de 2010 tuve la oportunidad de asistir al parto de una amiga marroquí. Si la madre está recuperada alrededor del 4º día tras el parto, recibe en casa a las amigas y familiares y a todas las mujeres de la comunidad que pueden conocerla de manera más o menos indirecta. Le regalan dulces y otros pequeños regalos. En medio de un clima distendido para darle la bienvenida a la hija se hizo una fiesta "de mujeres y niños" en la casa de la nueva madre. Comida marroquí deliciosa, música, baile, charlas distendidas, vestidos bonitos y elegantes. El sábado siguiente se celebró la Fiesta del Nombre: 15 días después del nacimiento del hijo/a se mata un cordero y antes de degollarlo según el rito musulmán, el padre le otorga el nombre a la criatura. El cordero, carne *hal-lâl*, se come en la fiesta posterior cocinado de muy diversas maneras, junto con otras muchas viandas. Un mundo de mujeres "sin hombres" en el que cualquier mujer se siente acogida y cómoda. Parecía un espacio de libertad para ellas. Fiestas separadas por géneros a horas diferentes: ellas vestidas en esta ocasión con precisos kaftanes bordados traídos de Marruecos para ocasiones como ésta, parecían disfrutar: hablaban sin parar, reían y bailaban sensual y distendidamente con pañuelos anudados a las caderas para remarcar mejor los movimientos. Después de toda la tarde llegó la cena en la que comimos el cordero con almendras, ciruelas, huevo duro y sésamo en fuentes grandes, con la mano derecha y sin cubiertos, acompañado de pan marroquí y zumos. Pensé que aquella era una fiesta "psicoterápica:" hablaban de sus maridos y de sexo, de los hijos... El lenguaje de los gestos, las miradas y el cuerpo servía también de vía de comunicación y expresión efectiva de muchas cosas. La ternura (*hanan*) y la armonía no faltaron en ningún momento.

al/la fallecida/o y comer acompañando a la familia;²¹⁰ también cuando se cambia de domicilio, o cuando se comienza su construcción, etc. No es tan importante la cantidad de carne que se ingiere sino la frecuencia, siendo habitual que esté presente en todas las comidas importantes del día en mayor o menor medida.

En el panorama urbano de las ciudades españolas que acogen inmigración musulmana son frecuentes las carnicerías *hal-lâl*, que han visto aumentada su demanda a medida que se ha incrementado la población musulmana inmigrada. En ellas se venden los animales desangrados, sacrificados en los mataderos según el ritual del Corán: vaca, cabra, pollo y sobre todo cordero, que es la carne más apreciada de todas ellas también por su valor religioso. En estos establecimientos es habitual que se vendan también otros alimentos *hal-lâl* muy utilizados y apreciados en la dieta de los magrebíes: sémola de *couscoús*, miel, aceitunas, especias (canela, comino, menta, laurel, coriandro, azafrán, gengibre, etc.), te verde, frutos secos (piñones, almendras, pistachos...), dátiles, higos secos, sésamo, legumbres, mantequilla dulce o salada, *smen* (manteca clarificada), aceite de oliva o de argán, vegetales, dulces, agua de azahar, leche y leche agria, frutas, etc., y otros objetos que nada tienen que ver con la alimentación (relojes-*adhan* para llamar a la oración, incienso, música, etc.). Las carnicerías *hal-lâl*, al igual que los zocos y mercados de todo el Magreb y del mundo árabe-musulmán, pertenecen al espacio público y son lugar de reunión y socialización de los hombres (Tarrés, 1998: 125-126; Bermann i Lurbe, 2008: 44; Gentil, 2005: 56). Todos los vegetales están permitidos y se aconseja especialmente el consumo de dátiles, miel y leche.

El té con menta muy azucarado es la bebida más habitual fuera de las comidas, en las reuniones familiares o como signo de hospitalidad con las visitas que llegan a la casa familiar. En la casa lo suelen preparar las mujeres según un preciso ritual y se sirve muy caliente y espumado al ser vertido en un vaso pequeño desde muy arriba, acompañado generalmente de diversos dulces o bollos que se preparan en la casa. Es una descortesía rechazarlo a no ser que haya algún fundado motivo.

²¹⁰ Es habitual que familiares, amistades y vecindario acompañen a la familia de la persona fallecida durante los primeros días tras el fallecimiento y entierro. Durante esos días se lleva abundante comida a la casa, suficiente para que la familia no tenga que preocuparse de cocinar durante varios días y hacer así más llevadero el proceso del duelo: un duelo siempre acompañado y solidario

Es habitual también que el pan de trigo lo elabore de manera artesana la mujer en el horno de la cocina, o en hornos que a tal fin traen de Marruecos, donde cocerán también diversos pasteles y dulces tradicionales.

Durante el mes de Ramadán²¹¹ los musulmanes y musulmanas no ingieren alimentos ni bebidas desde el amanecer hasta el anochecer; comen únicamente dos veces al día, la comida de la madrugada se llama *suhur/sehri* y la del atardecer *iftar*. El ayuno es obligatorio para todas las personas mayores de 12 años a excepción de embarazadas y mujeres que lactan o están en periodo menstrual, ancianos y personas enfermas, existiendo numerosas excepciones a la norma y posibilidades de ajustar el ayuno a las circunstancias personales de la vida (Ej. viajes, contingencias diversas). El ayuno,

[...] supone un descanso para el cuerpo respecto al ritmo habitual de las comidas, eliminando unos alimentos-aquellos que tienen más grasas, y aligerando en general la dieta.[...] Se prescinde o se reduce el consumo de los elementos excitantes -como el tabaco o el café- y se aumenta el de otros productos -azúcares- que compensen el desgaste físico padecido[...] También los cambios en la dieta alimentaria se extienden, además de a la diversificación de los productos que se consumen, a la alteración de los horarios de las comidas y los ritmos de las mismas (Lacomba, 2001: 201).

Por la tarde, al caer el día, romperán el ayuno con alimentos energéticos, ricos en hidratos de carbono simples y complejos (harinas y almidones), pero con pocas grasas: la sopa *harira*, jugos y batidos de leche y frutas, dátiles, *pastella* (pastel de carne) y algunos dulces, etc., y no compensarán las horas de ayuno con comidas demasiado copiosas.

El Islam reglamenta igualmente de manera muy detallada la forma de comer en la mesa, que nunca deberá ser compulsiva ni excesiva, sino con medida y calma. Se come en posición sentada y se bebe y siempre en vaso, no de la botella y en varios tiempos, nunca de un trago; y aunque hoy en día se utilizan platos y cubiertos es habitual mantener prácticas colectivas en las festividades y celebraciones familiares, como beber todos del mismo vaso (con menor frecuencia) o comer de la misma fuente

²¹¹ El Ramadán es el mes de ayuno (*sawm*) musulmán y constituye el cuarto de los cinco pilares del Islam que toda persona musulmana debe cumplir: profesión/testimonio de fe, oración cinco veces al día, caridad/limosna, Ramadán y peregrinación a la Meca una vez en la vida por lo menos. Durante ese mes se ayuna durante las horas de luz, del amanecer al atardecer y no se pueden mantener relaciones sexuales.

colectiva (muy habitual) el *tajine* (guiso de cordero o de pescado), o el *couscoús*, siempre con la mano derecha (Bermann i Lurbe, 2008: 44).

En general, todas las regulaciones respecto de la alimentación son seguidas y apreciadas por la mayoría del colectivo musulmán marroquí, que las perciben como muy importantes y beneficiosas para su salud. No podemos olvidar que la vida de la persona musulmana está sujeta a reglas de conducta ritualizadas y «[...] cuando la religión elabora patrones alimenticios con normas estrictas, de cumplimiento obligatorio, sobre la pureza e impureza de los alimentos y su modo de consumo, la comida, la carne sacrificial, adquiere un valor simbólico» (Tarrés, 1998: 140) añadido al puramente nutricional, lúdico o placentero. Así pues siguiendo a Tarrés podemos concluir que la alimentación para los y las magrebíes inmigrantes actúa como expresión de religiosidad y como referente cultural, signo de identidad y factor diferenciador respecto a la cultura dominante, comida que siempre estarán dispuestos a compartir con los autóctonos como parte de su profundo sentido de hospitalidad.

5.3.3. Sexualidad y separación de los sexos

Mary Douglas nos recuerda que cada cultura atribuye diferentes significados sociales al cuerpo humano. Así, naturalizar un cierto punto de vista acerca del cuerpo y cargarlo de simbolismo sirve siempre a intenciones sociales específicas, por lo que el cuerpo humano no puede ser dotado de significados universales (Douglas, 1996: 33-35).

Pintos, desde una perspectiva filosófico-fenomenológica pone al cuerpo como un elemento central en la existencia humana: un cuerpo perceptivo, reflejo del mundo social y cultural en el que vive y con el que se relaciona intersubjetivamente, que marcan su aspecto y sus comportamientos. Hablar del cuerpo es pues, sin duda, hablar de comportamientos y reglas, de intercorporalidad e intersubjetividad. Ella hace referencia a Marcel Mauss como uno de los primeros en mostrar las relaciones entre la conciencia y el cuerpo como elemento clave para entender la conexión entre el individuo y el grupo social:

[...] la sociedad, compuesta por una red de relaciones en donde está inserto el individuo, mediante sus instituciones y costumbres estereotipadas, sus hábitos, determina hasta el detalle aparentemente más insignificante el comportamiento de todos y cada uno de los individuos: sus gestos, el tono en el que hablan, cómo se mueven al andar, cómo se sientan, a qué cosas miran con los ojos y

cuáles evitan, sus manifestaciones de júbilo o de dolor, las partes del cuerpo que cubren y las que dejan al descubierto, etc. (Pintos, 2002: 292-295).

El Islam como sistema religioso-político-jurídico regula todas las dimensiones de la vida personal y social pero, no obstante, es importante observar que la realidad sociológica de Marruecos es heterogénea y que diversas variables sociológicas (ligadas al género, edad, nivel de estudios, clase social, vida rural o urbana, etc.) actuarán como modificadores de esta concepción islámica de la sexualidad que atañe precisamente a esas relaciones entre conciencia y cuerpo, entre individuo y grupo social.

También interesa resaltar que «[...] although there is considerable variation in degrees of separation in the sexes in the different Arab countries, generally male/female interaction in Islamic societies is limited to the family unit and is explicitly defined by Islamic law. Sex separation is generally observed in public interactions [...]» (Hammad, 1999: 16).²¹²

En el Islam la idea básica es que la sexualidad es *un regalo de Dios* y no es pecado siempre y cuando se practique dentro del matrimonio. Para el Islam, la sexualidad trasciende el mero objetivo reproductor, y la relación sexual y el placer se relacionan también con el bienestar y la salud de las personas. Esto no excluye que la sexualidad esté fuertemente reglamentada en tanto en cuanto las diferentes orientaciones y conductas sexuales, más allá de la esfera individual, se proyectan en lo social: sexualidad, parentesco y familia se relacionan con el orden social y económico, con la producción y reproducción biológica y social y por tanto deben ser regulados y controlados.

De la revisión de las diversas fuentes consultadas y del Corán se desprende que el Islam, si bien reconoce el derecho a una sexualidad satisfactoria y placentera para el hombre y la mujer por igual, incluye una marcada visión patriarcal de la sexualidad, lo que se pone de manifiesto por ejemplo, en el alto valor simbólico y social de la virginidad: en la sociedad marroquí, en general pervive la idea de que es deseable que la mujer llegue virgen al matrimonio. Sin embargo, las encuestas sociológicas no siempre corroboran esta idea: «los hombres marroquíes parecen más conservadores que las

²¹² Traducción propia: «Aunque hay una considerable variación en los grados de separación de sexos en los diferentes países árabes, en general, la interacción hombre/mujer en las sociedades islámicas está limitada a la unidad familiar y está explícitamente definida por la ley islámica. La separación de sexos es respetada en general en las interacciones públicas»

mujeres: el 25 % consideran que es necesario que las mujeres permanezcan vírgenes hasta el matrimonio, mientras que sólo un 9% de las mujeres piensa lo mismo» (Ortí, 2009: 29).

En el Corán y en los *hadices* hay numerosas y muy precisas referencias a la sexualidad y a las conductas que son *hal-lâl o harâm* en esta materia. El control religioso de la sexualidad deviene pues en una forma institucionalizada de control social.

Pour l'Islam, la sexualité et tout ce qui y a trait font partie de la nature humaine, et il n'y a pas de tabou qui serait lié. L'instinct sexuel ne doit donc pas être considéré comme une mauvaise chose en soi. Mais cet instinct ne doit pas non plus être flatté sans cesse. En fait il doit être canalisé. Et c'est avec l'objectif de fournir à l'être humain cette orientation que l'Islam lui offre, au sujet de la façon de vivre la sexualité comme au sujet de tout chose, des limites à respecter (La Maison de l'Islam, 2008).²¹³

El pudor es el sentimiento que envuelve todo lo referente al cuerpo y sus políticas (cómo se representa, como actúa y se manifiesta la corporeidad). No es habitual que los hombres y mujeres marroquíes hablen abiertamente de su sexualidad, pero menos aún que lo hagan entre hombres y mujeres.

El Islam establece normas precisas que deberán ser seguidas por los musulmanes/as (La Maison del Islam, 2008):

- Las relaciones sexuales están limitadas al matrimonio y prohibidas para hombres y mujeres fuera de él: relaciones sexuales prematrimoniales y adulterio serán *harâm*.

Sin embargo, una vez más «[...] los datos de la realidad contrastan con las pautas de la religión; según una encuesta realizada a 150 jóvenes marroquíes en Casablanca el 54 % de hombres y el 75% de las mujeres rechazan pensar la sexualidad preconjugal como pecado» (Ortí, 2009: 30).

- Tener hijos y criarlos dentro de la religión islámica es una obligación de los esposos y se estimula que las parejas musulmanas tengan descendencia propia. Pero

²¹³ Traducción propia: «Para el Islam, la sexualidad y todo lo que trate sobre ella forma parte de la naturaleza humana y no hay ningún tabú vinculado al respecto. El instinto sexual no debe ser considerado como algo malo en sí. Pero este instinto tampoco debe ser exaltado sin cesar. De hecho, debe ser canalizado. Y es con la finalidad de dar al ser humano esta orientación que le ofrece el Islam unos límites a respetar, sobre la forma de vivir la sexualidad como sobre cualquier otro asunto».

se enfatiza también que, más allá de tener y criar hijos/as, las relaciones sexuales satisfactorias y placenteras son importantes para el bienestar y la armonía individual y del matrimonio.

- Los juegos amorosos y la ternura deben estar presentes en las relaciones sexuales (entre esposos) y el descontento sexual se considera base legítima para que hombre o mujer soliciten el divorcio. Le corresponde al hombre velar por que su mujer obtenga satisfacción y disfrute sexual.

El Qur'an y el Hadiz aluden a la naturaleza de las relaciones sexuales como un medio de lograr satisfacción mutua, acercamiento y compasión entre una esposa y su marido [...] el fin del matrimonio es crear ternura entre dos individuos y satisfacer la necesidad humana fundamental de compañerismo (Umar, 1997: 2).

- Las relaciones sexuales durante la menstruación son *harâm*,²¹⁴ pero no se prohíben los abrazos y juegos amorosos durante ese periodo. Aunque algunas interpretaciones explican esta prohibición aludiendo a que el objetivo es no causar incomodidad a la mujer durante la menstruación, en el Corán se hace referencia explícita al *estado de impureza* de la mujer durante el periodo menstrual:

Te preguntan sobre la menstruación: Di: Es una impureza. Así pues, absteneos de las mujeres mientras dure y no vayáis a ellas hasta que no estén puras

Y una vez se hayan purificado, id a ellas por donde Allah os manda (Corán, Sura de la Vaca, 2/220).

No se habla abiertamente de la menstruación, hecho que la mujer suele ocultar incluso en el ámbito familiar. El mismo Corán aconseja tomar un baño después de la menstruación para *purificarse* y reanudar las relaciones sexuales tras el periodo *impuro* menstrual.

- Los métodos anticonceptivos no están prohibidos, pero no todos son aceptados abiertamente,

Islam recognises that only God has the power to give children to couples [...] the use of the pill, intrauterine devices, diaphragms, spermicides and condoms are not forbidden in Islam but are regarded as undesirable [...] The husband and wife must seek each other's permission to practice contraception[...]The rhythm method and *coitus interruptus* are acceptable forms of contraception.

²¹⁴ Durante la menstruación las mujeres no tienen derecho a rezar ni ayunar (en Ramadán), tampoco deben entrar en lugares sagrados (mezquita; Meca), ni tocar el Corán.

The husband is not allowed to practise *coitus interruptus* without his wife's permission (Islamic Council of Queensland, 1996:16).²¹⁵

En general los métodos naturales son los más apreciados (Ogino y *coitus interruptus* son de uso frecuente), pero otros como el DIU y la contracepción hormonal son de uso común entre las mujeres marroquíes. La contracepción recae en gran medida en las mujeres y la esterilización masculina es apenas demandada (Ortí, 2009: 31), porque desde la perspectiva islámica no se considera deseable. La planificación familiar puede buscarse por motivos económicos o estrictamente personales: preocupación emocional o psicológica por tener demasiados hijos, o por motivos de salud.

- El aborto está prohibido, es *harâm*, sólo se admite en caso de peligro para la vida de la madre y sólo algunos teólogos musulmanes lo admiten también cuando el embarazo es fruto de la violación o el incesto. Según la concepción islámica del ser humano Dios insufla el alma o soplo espiritual (*rouh*) al feto entre los tres y los cuatro meses y una semana (entre 90 y 130 días) por lo que algunas escuelas jurídicas aceptan la práctica del aborto hasta este plazo, ya que se considera que no hay vida humana en el embrión y feto antes de ese momento. «[...] after the four month period has passed, the foetus is regarded as 'alive'. The termination of pregnancy after this stage is regarded as murder. If pregnancy constitutes a serious threat of life of the mother, then an abortion is permissible irrespective of the period of gestation» (Islamic Council of Queensland, 1996: 16).²¹⁶
- La homosexualidad (masculina y lesbianismo) es *harâm*, se oculta y es penalizada en mayor o menor medida en los diferentes países islámicos.²¹⁷ Desde la perspectiva

²¹⁵ Traducción propia: « El Islam reconoce que sólo Dios tiene el poder de dar hijos a las parejas [...] el uso de la píldora, dispositivos intrauterinos, diafragmas, espermicidas y los condones no están prohibidos en el Islam, pero se consideran indeseables [...] El marido y la mujer deben solicitar el permiso de cada uno de ellos para practicar la anticoncepción[...] El método del ritmo y el coitus interruptus son formas aceptables de anticoncepción. El marido no se le permite practicar el coitus interruptus sin el permiso de su esposa».

²¹⁶ Traducción propia:«[...] una vez transcurrido el período de cuatro meses, el feto es considerado como "vivo". La interrupción del embarazo después de esta etapa es considerada como asesinato. Si el embarazo constituye una grave amenaza de la vida de la madre, el aborto es admisible independientemente del momento de la gestación».

²¹⁷ La homofobia en nombre de la religión es una constante tanto entre cristianos como budistas, judíos, hinduistas y musulmanes. Un interesante estudio de Prado (2006) revisa la homosexualidad en el mundo islámico y plantea una visión novedosa y crítica del tema. Según él la persecución de la homosexualidad no ha sido una constante en la historia social del mundo islámico. Durante las primeras décadas del siglo XX, por ejemplo, el Magreb fue un paraíso para los homosexuales (hombres) que huían de la puritana Europa del momento. En Marruecos la homosexualidad es considerada un delito tan sólo desde 1972, y

religiosa islámica se cree que Dios no *crea* a las personas con esta orientación sexual sino que *es adquirida* y por tanto *desvía* de la voluntad divina que no es otra que la orientación hegemónica heterosexual.

«Las manifestaciones de reconocimiento público sobre la homosexualidad masculina o femenina las encontramos únicamente en personas desplazadas de su cultura de origen» (Ortí, 2009: 27).

- La educación sexual se acepta como una manera de formar a las personas para el matrimonio. El Corán está plagado de alusiones a la sexualidad, pero sin embargo este no es un tema sobre el que se hable abiertamente, ni la educación sexual está incluida en los programas educativos en Marruecos: pertenece a la esfera íntima de las personas y un fuerte sentimiento de pudor está presente casi siempre a la hora de hablar de las relaciones sexuales y de otros temas relacionados como el orgasmo femenino, el sexo oral, la masturbación o las posturas sexuales.
- La mutilación genital femenina, práctica que ya se realizaba en Arabia y otros lugares de África antes de la introducción del Islam, se considera totalmente contraria al Islam porque entra en contradicción con el Corán y el *Hadiz*, donde se enfatiza la importancia de que marido y mujer obtengan satisfacción sexual y placer compartido. Se considera que esta práctica debilita de manera importante la sexualidad de la mujer impidiéndole conseguir satisfacción sexual y por tanto es *harâm*.
- La masturbación no se acepta, ya que las relaciones sexuales permitidas sólo son las que se encuadran dentro del matrimonio (Corán, *Sura de los Creyentes* 23/5-6) pero puede ser justificada -si se practica con moderación y discreción- como una manera de liberar la tensión sexual, no para provocarla con el objetivo de disfrutar en solitario, y de esta forma evitar relaciones sexuales ilícitas -fuera del matrimonio- en situaciones en las que hombre -este criterio no rige de igual forma para la mujer- no puede casarse. Si una mujer siente deseo sexual debe controlarse y encauzarlo hacia el matrimonio.

esto a causa de la influencia de Arabia Saudí. PRADO, ABDENNUR (2006): «Homosexualidad en el Islam», Junta Islámica Catalana, Disponible en www.felgtb.org/files/docs/8fcbd9e0d94.pdf (Consulta 22/05/2010)

5.3.4. Nacimiento y crianza

El parentesco árabe ha construido un sistema de género «[...] íntimamente relacionado con los espacios, que caracterizará a las mujeres como madres y esposas, reservándoles el espacio privado, a la vez que a los hombres se les identificará como los proveedores y protectores del grupo familiar, correspondiéndoles el espacio público» (Aixelá, 2000: 31).

De esta forma, en el rol de la mujer marroquí como madre, esposa y cuidadora se hacen evidentes las conexiones entre cuerpo-género y grupo social: las mujeres se ayudan mutuamente en los partos y cuidan a las personas enfermas, niños y ancianos de su grupo doméstico patrilocal y patrilineal como parte de las asignaciones y responsabilidades que el sistema de parentesco les reserva en la sociedad marroquí; ser madre y cuidadora incluye también un corpus importante de saberes médicos tradicionales-populares (curaciones por hierbas, técnicas de aplicación de frío-calor, especias, friegas con aceite, usos terapéuticos de la miel, etc.) que son aplicados por las mujeres en el ámbito doméstico, generalmente como primera opción o recurso ante la enfermedad y también en el momento del parto.

En Marruecos, las actividades que giran alrededor del nacimiento, la crianza de los hijos y cuidado de las personas enfermas forman parte de la socialización diferencial de las mujeres. Casado y Valenzuela también llaman la atención sobre las redes de solidaridad y apoyo mutuo que se establecen entre mujeres dentro de las unidades domésticas a la hora de afrontar la tarea de cuidar a las personas enfermas de la familia,

[...] madres, esposas, hermanas, hijas y esposas de los hijos que residen en la misma unidad doméstica son las responsables del cuidado de los enfermos. Mientras que hermanas del padre o de la madre y las hijas de estos- familiares que muchas veces son las mismas personas del vecindario- tendrían responsabilidad no tanto en el cuidado del enfermo, como de llevar a cabo las tareas cotidianas domésticas que las otras mujeres que están cuidando no pueden hacer (Casado y Valenzuela, 2008: 55).

Este apoyo mutuo se hace extensivo muchas veces a los contextos migratorios, siendo común que algunas de estas mujeres jóvenes y solteras se desplacen desde Marruecos al destino europeo de sus hermanas o familiares cuando las necesidades de cuidar algún enfermo, o a los hijos de sus hermanas trabajadoras en destino, así lo requieren.

Teniendo en cuenta el sistema de parentesco árabe y la construcción social del género en el Islam, la infertilidad es una difícil cuestión a abordar que se tiende a ocultar y vivir de manera problematizada por las parejas que la presentan, sobre todo por las mujeres. Se recurre a remedios tradicionales y religiosos (visita a santuarios y morabitos) para combatirla o prevenirla, y muchas veces también, si hay recursos económicos suficientes, a la biomedicina cuando se advierte el problema. La fertilización *in vitro* y la inseminación artificial sólo están permitidas por el Islam cuando se utiliza espermatozoides del marido, no de donante.

Dentro del orden religioso y simbólico del Islam todo matrimonio tendrá como fin primordial engendrar hijos. Bermann i Lurbe, (2008: 52) explican que cuando la mujer queda embarazada los síntomas de embarazo tienden a ocultarse en los primeras semanas por pudor y para evitar el *mal de ojo* en aquellas mujeres que creen en él. Es a partir del cuarto mes -cuando ya se considera que el feto tiene alma- y comienzan a sentirse los movimientos fetales, cuando la mujer asume plenamente el embarazo.

En Marruecos existen programas de control y seguimiento del embarazo, pero para muchas mujeres la maternidad es un estado saludable y consustancial al hecho de ser mujer y esto hace que no sigan controles de salud a no ser que presenten algún problema: no hay conciencia de la necesidad de vigilar médicamente un embarazo normal. Las mujeres inmigrantes marroquíes siguen esta misma pauta de actuación y no siempre se ajustan a los protocolos del sistema público de salud de acogida. Al contrario de los hospitales públicos españoles, en Marruecos no se permite la presencia de familiares (no así en las clínicas privadas donde el esposo puede participar del parto).

Las mujeres del medio rural y sin instrucción no suelen tener acceso fácil a los dispositivos de salud y seguir así los controles médicos, y son las comadronas tradicionales, mujeres de la propia familia casi siempre, con amplia experiencia, las que ayudan a la embarazada en sus necesidades y en el parto y puerperio.

En la atención sanitaria del parto se prefiere que sean mujeres (comadronas tradicionales, ginecólogas, comadronas, mujeres de la familia) las que atiendan a la madre.²¹⁸

²¹⁸ La construcción social del género en el mundo árabe-musulmán lleva a que hombres y mujeres prefieran ser atendidos por profesionales sanitarios de su mismo sexo. No obstante esta generalización no

Prácticamente la mitad de los partos realizados en Marruecos se desarrollan en el domicilio. Esta práctica es dominante en el medio rural (70-80%). Mientras el 84 % del total de los partos se realiza en hospitales, en el medio rural sólo el 18% de los partos es atendido por personal sanitario (Ortí, 2009: 32).

Después del parto es habitual que la madre sea objeto de numerosas atenciones por parte de toda la familia y se la cuide y eviten ciertos trabajos domésticos de la casa. Se le ofrece una alimentación rica en carne y caldos de gallina, huevos y miel para darle fuerza y favorecer la recuperación y la lactancia materna, que es muy valorada. Si la mujer no trabaja fuera del hogar es frecuente que se mantenga durante un par de años.

Amés a més, la lactància materna té connotacions culturals molt importants al Marroc: [...] l'alletament determina així el sistema classificador del parentesco. De fet quan dues persones son alletades per la meteixa dona s'estableix entre elles un parentiu de llet (rida'a) amb un efecte central: el parentiu de llet genera prohibicions matrimonials (Bermann i Lurbe, 2008: 52-53).²¹⁹

En los niños es común la práctica de la circuncisión entre los 3 y 6 años. Cuando se realiza por el rito tradicional puede entrañar riesgos importantes de infección, pero en Marruecos suele realizarse en hospitales. Aunque su objetivo es higiénico, constituye al mismo tiempo una obligación dentro de la religión islámica.

Tanto el nacimiento como el rito de la circuncisión son motivo de festividad familiar. La fiesta de la circuncisión es una manera pública de reafirmar la masculinidad del niño. La circuncisión, al ser un ritual cultural que no se practica en España suele realizarse en Marruecos en alguno de los viajes de la familia inmigrada.

5.3.5. Prácticas y rituales relacionados con el cuidado de las personas en la enfermedad y la muerte

Con un alto significado y valor social, visitar a los enfermos se considera una virtud en el mundo islámico. Las personas enfermas reciben a menudo acompañamiento y visitas de los familiares más próximos, amistades y vecindad. También es frecuente

excluye diferentes grados de exigencia al respecto en el transcurso del contacto asistencial, tanto en Marruecos como en los hospitales y centros de salud en España.

²¹⁹ Traducción propia: «Además, la lactancia materna tiene connotaciones culturales muy importantes en Marruecos [...] el amamantamiento determina así el sistema clasificador del parentesco. De hecho cuando dos personas son amamantadas por la misma mujer se establece entre ellas un parentesco de leche (rida'a) con un efecto central: el parentesco de leche genera prohibiciones matrimoniales»

que las personas enfermas tengan un número importante de visitas durante su estancia en el hospital.

En Marruecos, la responsabilidad del cuidado de los enfermos, así como de los ancianos y niños, está en manos de las mujeres. Casado y Valenzuela hacen hincapié en este hecho y muestran cómo, en que en la actualidad, especialmente en las ciudades, las unidades domésticas neolocales responden la mayoría a un modelo patrilocal en el que coinciden bajo un mismo techo, (o en un mismo edificio) diversas mujeres unidas por lazos de parentesco, lo que facilita mantener el rol de cuidadoras y el apoyo mutuo entre ellas. Incluso cuando el modelo es neolocal, la proximidad de unas unidades familiares a otras favorece este apoyo mutuo entre mujeres cuidadoras. Madres, esposas, hermanas, hijas y esposas de los hijos que viven en la misma unidad doméstica son las responsables del cuidado de los enfermos. Las hermanas del padre o de la madre y las hijas de éstos, tendrían la responsabilidad no de cuidar a la persona enferma sino de ayudar y descargar de tareas domésticas a las mujeres de la familia que están cuidando a los enfermos.

En la inmigración el modelo de mujer cuidadora de enfermos, niños y ancianos se reproduce en buena medida aunque con ciertos cambios cuando las mujeres se integran en el mundo laboral, ya que el acceso al trabajo no permite en muchos casos armonizar el cuidado de los individuos enfermos, ancianos y niños y las tareas domésticas. En estos casos es habitual un cierto movimiento de mujeres -generalmente solteras- que se desplazan desde Marruecos a los destinos migratorios para ejercer tareas domésticas y cuidadoras cuando las otras mujeres de la familia no pueden realizarlos por sus horarios laborales (Casado y Valenzuela, 2008: 55).

En lo que respecta a los cuidados y necesidades de la persona musulmana enferma (Islamic Council of Queensland, 1996; Hammad, 1999) es conveniente contemplar algunas recomendaciones:

- El pudor es una virtud para el Islam y por este motivo la privacidad en los cuidados del cuerpo enfermo es también muy importante y se concreta en dos actitudes básicas: la exposición corporal debe ser la mínima necesaria para realizar las diferentes exploraciones físicas y tratamientos y será importante también que hombres y mujeres sean cuidados por personas del mismo sexo.

- Las personas ingresadas en los hospitales pueden tener necesidades diferenciales respecto a otros pacientes de culturas distintas en cuanto al tipo de vestido,²²⁰ la dieta *hal-lâl* y también en lo que respecta a sus necesidades religiosas (espacios para orar, posibilidad de realizar abluciones previas). Así mismo, aunque las personas enfermas están exentas de la obligación religiosa del ayuno del Ramadán, es posible que algunas de ellas quieran realizarlo si su estado se lo permite y en este caso pueden solicitar adecuar los horarios de comidas hospitalarias al ayuno, que no sólo afectará a los alimentos y líquidos que se ingieran durante el día sino también a los diversos medicamentos administrados.
- En el caso de personas enfermas encamadas o sin movilidad (en casa o en el hospital) hay que tener un especial cuidado con su higiene y control de excretas y fluidos y se recomienda entonces el baño completo en cama por una persona del mismo sexo. Teniendo en cuenta que la persona enferma puede desear hacer sus oraciones en esta posición se le proporcionarán los útiles necesarios para sus abluciones y podrá rezar en posición sedente o acostada.
- Cuando la persona enferma se encuentra en estado de coma se recomienda que su cara se coloque dirigida hacia la Meca.
- Siempre que sea posible se utilizarán/recetarán medicinas que no contengan alcohol.

Así mismo el cuidado de las personas mayores se considera un valor social y una obligación para toda persona musulmana. El respeto por los padres no se cuestiona en el seno de las familias.

En otro orden de cosas, la muerte se considera una parte del destino marcado por *Allah* para la persona desde el momento en que nace, es pues un evento predestinado y el principio de la vida eterna en la que creen los musulmanes. Según Moreras, los significados culturales e identitarios que acompañan a la muerte, están presentes tanto en el caso de la repatriación del cadáver del/la inmigrante marroquí, como en la decisión de ser enterrado o no en *tierra musulmana*: el entierro entendido como una forma de expresión de su propia identidad ya sea vinculada a la sociedad que le vió nacer, a modo

²²⁰ Algunas mujeres, por ejemplo desean seguir llevando el velo islámico en el hospital, lo que en ocasiones genera confrontación con las normas hospitalarias que establecen el tipo de vestido que las personas enfermas ingresadas deben llevar.

de reconciliación y regreso a los orígenes, o el entierro en la sociedad de acogida, como expresión de una voluntad de integración. En cualquier caso, según él,

La muerte en la inmigración subvierte el orden social y cultural que pauta este suceso. El hecho de querer repatriar el cadáver a sus sociedad de origen supone contravertir una serie de preceptos que forman parte del ámbito de lo tradicional: por ejemplo, el hecho de que es recomendable, según la tradición islámica, que el cadáver sea enterrado en el mismo lugar en el que le sobrevino la muerte; o que, de acuerdo con las normativas internacionales que regulan la repatriación de cadáveres, éste tenga que ser embalsamado, una práctica prohibida por el Islam (Moreras, 2004b: 427-428).

Según este mismo autor, las limitaciones para los y las inmigrantes marroquíes musulmanes/as también existen en la sociedad de acogida: limitación de parcelas musulmanas en los cementerios municipales; la inhumación que tiene que cumplir el ordenamiento legal español en materia sanitaria y no puede realizarse el mismo día de la defunción, ni puede hacerse sin ataúd, en contacto directo con el suelo. Aún y todo, para las familias y para la comunidad será prioritario preservar la memoria del difunto y esto hace que el lugar de la inhumación sea tan importante.²²¹

Tras la muerte, «[...] the body must be handled as little as possible. Muslims believe that the body 'feels' pressure and pain numerous times more than that applied. Muslims also believe that the soul remains close to the body until burial» (Islamic Council of Quesland, 1996).²²² El respeto en el manejo del cuerpo de la persona fallecida debe ser máximo.

La expresión del dolor emocional es también un hecho cultural, de esta forma, en consonancia con las creencias religiosas más o menos arraigadas, entre las familias musulmanas, podremos observar un cierto sentimiento de resignación y aceptación tranquila de la muerte así como manifestaciones de dolor (llanto y actitudes corporales, etc.) aparentemente poco llamativas para los estándares occidentales. En el Islam, las manifestaciones externas de pena por la muerte de un familiar o persona querida se

²²¹ Según Moreras (2004: 427), tomando como referencia los informes del registro del Consulado marroquí de Barcelona se puede observar cómo entre las décadas 70-80 se producen inhumaciones de marroquíes en los nichos de beneficencia de los cementerios municipales, y a partir de los 90, este tipo de inhumaciones casi desaparece, ante la intervención de los propios colectivos marroquíes, que bien consiguen recolectar dinero y repatriar el cadáver, o se preocupan de que sea inhumado en alguno de los cementerios musulmanes que existen.

²²² Traducción propia: «[...] el cuerpo debe ser manipulado lo menos posible. Los musulmanes creen que el cuerpo "siente" la presión y el dolor mucho tiempo después de que se le aplique. Los musulmanes también creen que el alma permanece cerca del cuerpo hasta la sepultura».

aceptan durante los tres primeros días -máximo- y no se consideran adecuadas manifestaciones ostentosas del dolor: darse golpes en el pecho, sollozos, etc.

Además, «[...] widows may marry after a period of four months and ten days, during which time she must have at least one menstruation. This is to ensure that she is not pregnant» (Islamic Council of Queensland, 1996),²²³ y las mujeres viudas embarazadas podrán volverse a casar pasado el periodo puerperal, transcurridos 42 días del nacimiento del hijo, y en este caso al niño o niña que ha nacido deberá llevar el nombre del padre muerto.

El suicidio y la eutanasia están prohibidos por el Islam.

El Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de la ciudad de Madrid, en su Informe N° 4 de 2006 sobre las *Necesidades Mortuorias por el Rito Musulmán*, advierte que ante el incremento de la población musulmana en la Unión Europea, es necesario encontrar un consenso entre las normativas de los países europeos de acogida y las necesidades propias de un porcentaje importante de población musulmana inmigrada (y autóctona conversa) que demanda cementerios musulmanes o secciones musulmanas dentro de los cementerios públicos, destacando una idea fuerza que merece la pena enfatizar: «[...] la muerte, como última fase de la vida, forma parte del proceso de integración de la población inmigrante» (Madrid Convive, 2006: 1).²²⁴ Los ritos mortuorios islámicos difieren en algunos aspectos de la normativa oficial de salud pública y de ordenación del servicio público en esta materia tanto en España como en otros Estados de la Unión y este Informe destaca las tres necesidades principales que con ellos se relacionan (2006: 2):

1.- Según los preceptos islámicos los cuerpos deben reposar en contacto directo con la tierra, sin ataúd. Este precepto no se ajusta va las normativas europeas en materia de salubridad pública.

²²³ Traducción propia:«[...] viudas pueden casarse tras un período de cuatro meses y diez días, tiempo durante el cual deben tener al menos un menstruation. Esto es para asegurar que ellas no están embarazadas (del difunto marido que sería el padre de ese hijo).

²²⁴ Este Informe de 200 revisa pormenorizadamente la normativa española respecto a los ritos mortuorios de la población musulmana en España, tanto inmigrante como conversa, en la que en líneas generales se reconoce el derecho de los musulmanes a disponer de espacios reservados en los cementerios municipales con el fin de que los muertos puedan ser enterrados según el ritual islámico. Este informe recoge también un análisis comparativo entre la Comunidad de Madrid, Francia y Reino Unido.

2.- El cuerpo debes estar acostado sobre el lado derecho y con el pecho girado hacia la Meca. Esta es una exigencia de fácil cumplimiento porque no entra en contradicción con las normativas europeas. Es habitual que los cuerpos se entierren con ataúdes ubicados también en dirección a la Meca

3.- El Corán prohíbe la exhumación de los cuerpos.

Bermann i Lurbe (2008) sintetizan las prácticas y rituales que rodean el proceso de la muerte en los y las migrantes marroquíes:

- Prefieren morir en el domicilio rodeados de la familia que en el hospital.
- Ante la ausencia de cementerios musulmanes generalmente se repatrián los cadáveres a Marruecos.
- Los muertos se entierran en tierra, nunca en nichos u otro tipo de sepulturas, y con la cabeza en dirección a la Meca.
- Los cadáveres no se incineran.
- Durante los momentos anteriores a la muerte es frecuente que se reciten fragmentos del Corán, el enfermo/a se coloca en decúbito lateral derecho y la cama se orienta en dirección a la Meca. En el preciso momento en que la persona muere alguna persona en su nombre pronuncia la *šahāda*, la profesión de fe islámica.
- El cadáver se desnuda por completo y una persona musulmana de su mismo sexo lo lavará completa y cuidadosamente, con el máximo respeto. Después la persona muerta será envuelta en un sudario de tela blanca y limpia y será enterrada.
- Después familiares, amigos y vecindario acompañarán a la familia durante varios días, ayudándola tanto desde el punto de vista material (aportarán comida abundante para que los familiares no tengan que cocinar para ellos y para las visitas), y desde el punto de vista emocional: llantos, recuerdos, charlas ayudarán a superar la pérdida en los momentos iniciales. La familia nunca estará ni se sentirá sola.

El proceso de duelo en Marruecos adquiere un valor social relevante: el duelo es personal pero también es un hecho social y comunitario que nunca se elabora en soledad sino con el apoyo del grupo.

En este apartado se han presentado los diversos sistemas médicos y racionalidades curativas que podemos encontrar en Marruecos y que, por tanto, en mayor o menor medida, vamos a poder encontrar reflejados en las creencias, representaciones y hábitos sanitarios de la inmigración árabe musulmana marroquí. De ahí la importancia de presentar esta información antes de adentrarnos en el capítulo siguiente de análisis de los datos. Interesa relacionar la información recogida en la literatura sobre salud, etnomedicina e Islam con los datos recogidos en las entrevistas formales e informales realizadas durante el trabajo de campo. En las páginas que siguen se intentará vincular esta información teórica con el ámbito de la experiencia vivida por los y las inmigrantes marroquíes en Castellón. Estas personas son las auténticas protagonistas de este trabajo. Ellos y ellas, sus vidas y sus relatos han sido y son “la sal de la vida” de esta tesis.

Capítulo 6. El valor de la experiencia: vidas y relatos de inmigrantes

En este capítulo se presentan los hallazgos más relevantes que emergen de los relatos de los y las inmigrantes marroquíes en Castellón. En el Apartado 6.1, se mostrará la matriz elegida para el análisis de los datos; en los siguientes apartados (6.2, 6.3 y 6.4), se analizarán en profundidad las entrevistas y se expondrán los resultados a partir de las categorías elegidas para este estudio. Las voces de los y las inmigrantes nos aportan la perspectiva *émic* de sus creencias y valores, de sus prácticas y representaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad-atención y con la convivencia intercultural, que están anudados a sus experiencias vitales antes y después de la migración. Los procesos de salud-enfermedad-atención traspasan fronteras, forman parte del “equipaje” de la vida de las personas inmigrantes. Más allá de su condición de migrantes, se quiere mostrar el valor de la experiencia que emana de sus relatos únicos, densos e irrepetibles, todo lo que de ellos podemos aprender, y cómo ese “equipaje experiencial” puede ser muy valioso para la convivencia intercultural en el campo de la salud.

6.1. Matriz para el análisis de los datos

De acuerdo con Coffey y Atkinson (2005: 50-53) los códigos o categorías de análisis pueden proceder de fuentes diversas y el proceso de codificación puede comenzar con la creación de un “listado inicial” de códigos que ayude a organizar los datos identificando temas, acontecimientos, patrones y cuestiones relevantes para la investigación. En cualquier caso es importante recordar que,

[...] los códigos son principios organizadores que no están grabados en piedra. Son creaciones nuestras, con ellas nos identificamos y las seleccionamos nosotros mismos. Son herramientas para pensar [...] Empezar a crear categorías es una manera de comenzar a leer y pensar sobre los datos de un modo organizado y sistemático (Coffey y Atkinson, 2005: 52).

Teniendo en cuenta estas premisas, la matriz para el análisis de los datos ha sido diseñada tras la lectura minuciosa de las entrevistas y las notas de campo y su objetivo es, precisamente, ordenar y codificar los datos recogidos durante la fase de trabajo de campo siguiendo la base conceptual y los enfoques que han configurado el marco teórico de este trabajo.

Aunque reconociendo las enormes ventajas que para el investigador/a social tiene el uso de programas informáticos a la hora de manejar una enorme cantidad de datos cualitativos, diversos motivos me apartaron del procesamiento informático de los datos: la estructura y características de los dos tipos de entrevistas realizadas a cada informante (historia de vida + entrevista semiestructurada focalizada en los procesos de salud-enfermedad-atención) y su transcripción supusieron una inversión de tiempo enorme a la que habría que sumar la tarea de introducir los datos en el ordenador para su manejo. Así pues, aunque todas las entrevistas fueron transcritas durante la fase de trabajo de campo y en los meses posteriores, a la hora de elegir entre analizar los datos con alguno de los programas informáticos²²⁵ que permiten sistematizar y codificar datos cualitativos, me decidí por realizar todo el proceso de codificar, ordenar y relacionar los datos de manera manual.

Con esta elección se ha intentado no incurrir en algunas de las desventajas de procesar los datos con estos programas, dado que, como señalan Carrero y otros,

²²⁵ Weft QDA, Atlas-ti, NUD*IST, Nvivo, Ethnograf.

Los datos cualitativos no se adaptan a la estructura lógica de ningún software conocido. Ni siquiera los programas informáticos más avanzados han logrado aproximarse a las necesidades planteadas por los analistas de la investigación cualitativa, es decir, reconocer inmediatamente características insertas en los datos; generar ideas en relación con dichas categorías; y buscar aquellos significados relevantes presentes en los mismos. Por tanto todas ellas son tareas que tiene que hacer el investigador social necesariamente (2012: 108).

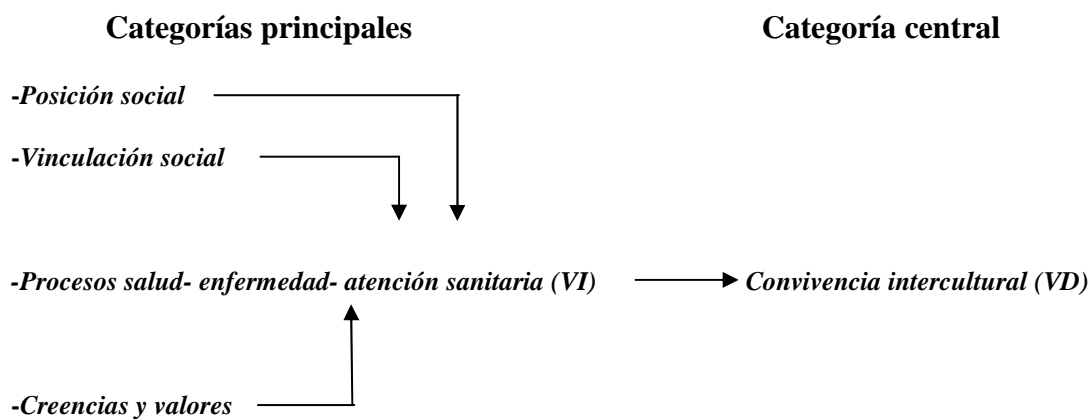
En definitiva se ha intentado más que primar la cantidad de datos conjurar el temor de fragmentar las entrevistas en segmentos significativos que quedaran desagregados del conjunto y perder significados. Se ha querido poder volver a ellas siempre que lo considerara oportuno evitando reduccionismos y, de esta forma, poder comparar, interpretar y resignificar los contenidos de manera más integral. Así mismo, con el manejo manual también he pretendido facilitar la inclusión e interpretación de las omisiones y/o evasiones discursivas de los y las informantes, así como seguir un orden lógico que me permitiera comparar mejor los discursos sin perder significados por el camino, explicando lo mejor posible los rasgos diferenciales de datos aparentemente iguales.

El enfoque de análisis comparativo constante, típico de la teoría fundamentada propuesta por B. Glasser y A. Strauss también fue descartado por su carácter metodológico estrictamente inductivo, emergente, a la hora de establecer los códigos y categorías de análisis de los datos, lo cual no se ajustaba al doble enfoque metodológico, hipotético-deductivo e inductivo, de este trabajo.

Como Coffell y Atkinson (2005: 59) en referencia a Weaver y Atkinson remarcen (1994:32),²²⁶ no resulta fácil identificar códigos y decidir los niveles de detalle a los que se quiere llegar en el proceso de categorización ya que si bien una codificación demasiado general o burda puede restringir demasiado los análisis, una codificación demasiado detallada puede ser igualmente problemática porque puede llevar a descontextualizar los datos y significados de los segmentos textuales. En la confección de la matriz para el análisis de los datos que se presenta más adelante se han tenido en cuenta estas preocupaciones y tanto las variables que aparecen relacionadas en las hipótesis, así como otras que consideré que podían influir en dicha relación, han sido

²²⁶ Citados por Coffell y Atkinson (2005: 59), véase referencia en WEABER, A, ATKINSON, P (1994): *Microcomputing and qualitative data analysis*, Aldershot, Avebury.

incluidas como códigos de diferente grado de generalidad. Así pues, se ha tratado de huir de un esquema de codificación que fuera tan detallado que implicara la diferenciación excesiva de segmentos textuales y con ella la posible simplificación de las interpretaciones y pérdida de información contextual. Todos los códigos, (categorías y subcategorías) han sido agrupados en cuatro áreas interseccionales y, por tanto, relacionadas entre sí en las vidas de las personas entrevistadas, que tienen repercusiones sobre la variable dependiente de este estudio: la *convivencia intercultural*, que actuará como categoría central. Cuando lo que se quiere visibilizar son las vidas de personas migrantes y en especial las creencias, prácticas, representaciones relativas a la salud-enfermedad y los valores relacionados con la salud y la paz que las acompañan, estas áreas cobran mayor interés por su relevancia explicativa. Se presenta pues, una matriz que facilite mostrar las relaciones entre las cuatro categorías principales y la categoría central:



Teniendo en cuenta el abordaje holístico de la salud como proceso bio-psico-social y cultural, la *posición social*, la *vinculación social* y las *creencias y valores* de los y las migrantes incidirán en las permanencias y cambios relacionados con los procesos de salud-enfermedad-atención y, según su desarrollo, a su vez, incidirán en la convivencia intercultural en la sociedad de acogida.

Las bases conceptuales para esta agrupación de categorías y los diferentes segmentos de códigos a ellas asociados son las que siguen:

Procesos de salud, enfermedad y atención

Como ya se ha comentado, esta categoría se configura como variable independiente en este estudio. Las creencias, prácticas y representaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad-atención pueden transformarse en mayor o menor

medida al entrar en contacto con un sistema cultural distinto y con un sistema de salud diferente en su estructura y funcionamiento. Las creencias y los valores de los y las inmigrantes, su posición social y su vinculación social diferencial (origen-destino), influirán en los posibles cambios en sus creencias y prácticas de salud así como en su percepción de vinculación, confianza y bienestar personal y social. Los contactos con el sistema sanitario de acogida conllevan necesariamente adaptaciones que trascienden el ámbito de lo meramente funcional y adaptativo, para entrar de lleno en el campo de la *traducción cultura de sus saberes, creencias y prácticas*: los sistemas sanitarios de Marruecos y España difieren, los modelos explicativos de los profesionales sanitarios y de los y las inmigrantes pueden diferir más o menos, la confianza de los y las migrantes en el sistema sanitario dependerá así mismo del grado de vinculación con la sociedad de acogida y de su posición social.

Estamos pensando todo el tiempo desde una visión sistémica y procesual de la salud, como un *proceso holístico bio-psico-social/cultural* en el que sus partes o componentes no se pueden desagregar.

Posición social

Como Piñón señala, en las sociedades estratificadas los individuos ocupan diferentes posiciones y se ubican en los diferentes estratos sociales en relación a variables como el género, edad, etnicidad, entre otras, pero son la riqueza, el prestigio y el poder las que mejor nos sirven para establecer la posición de un individuo dentro de la sociedad; así pues, la sociedad no está formada por individuos con igualdad respecto a su posición:

[...] cada cultura atribuye a ciertas características de los individuos un significado y unos roles determinados, se les asigna una posición. No siempre el individuo se ciñe a ella pero, en cualquier caso, la reacción social juega un papel determinante, como apoyo o como obstáculo en la vida de cada individuo. [...] Así pues, posición social no es sinónimo de clase social. El concepto aquí utilizado equivale al lugar donde la sociedad en general (incluso el mismo individuo, sitúa a una persona respecto a otras que representan valores diferentes de un mismo concepto (1999: 229).

Todas las personas que componen la muestra comparten indicadores comunes: son inmigrantes transnacionales, del mismo país de origen, la misma religión, y sus destinos migratorios han confluído en un mismo territorio, la Comunidad Valenciana, la provincia de Castellón y las dos ciudades más pobladas de esta provincia: Castellón de la Plana y Vila-real. Pero, aparte de estas confluencias, tanto la observación participante

como las entrevistas nos han mostrado *marcas de posición social* distintivas acordes con la heterogeneidad interna de la muestra, que hacen que la posición social diferencial (contexto de origen-contexto de acogida) y la movilidad social ascendente o descendente tras la emigración, puedan ser instrumentos de observación útiles y sensibles a la hora de entender las relaciones entre las variables principales de este estudio, los procesos de salud-enfermedad-atención y su relación con la convivencia intercultural.

Vinculación social

«Las experiencias pasadas en las relaciones sociales de un individuo van dando significados diferentes a las nuevas» (Piñón, 1999: 232). Si la posición social es importante e influye, o puede influir, en las creencias, prácticas y representaciones relativas a la salud-enfermedad-atención, la vinculación social (diferencial origen-destino) de los y las inmigrantes no lo es menos.

En el tránsito de un espacio social y cultural a otro (migración) los vínculos y relaciones sociales, los sistemas de apoyo y la red social de los y las inmigrantes (personas significativas, grado de vinculación, intensidad y marco relacional) en el país de acogida evolucionan y se transforman de una manera importante. Las percepciones de su vida social en el nuevo contexto pueden variar en lo relativo a las personas significativas para *ego*, los tipos de intercambio y su intensidad, los contextos y marcos generales de conectividad (también en el ámbito de la atención sanitaria). La profesión y el nivel socioeconómico ligado a la posición social ascendente o descendente tras la emigración, también incidirán la vinculación social de los y las migrantes y en su percepción de mayor o menor satisfacción y bienestar en su nueva vida.

Valores y virtudes

Valores y virtudes contenidos en las creencias y prácticas de las personas entrevistadas cobran especial valor inferencial y explicativo. Creencias, valores y virtudes, explícita o implícitamente, están presentes y son importantes a la hora de configurar las diferentes formas de vida y las relaciones humanas. Los relatos de las personas entrevistadas así lo ponen de manifiesto. Las conexiones, por ejemplo, entre religión y salud, o cultura y hábitos de vida, no podían ser pasadas por alto.

La matriz para el análisis de los datos se ha ido construyendo con los relatos poco estructurados de los y las informantes de la muestra. En el transcurso del trabajo

de campo se fueron definiendo estas cuatro áreas o categorías principales y se decidió también que la codificación (vinculación de segmentos de datos a una idea, concepto o grupo de conceptos), y la identificación de segmentos de datos vinculados a esas áreas debería permitir revisar en profundidad y rigurosamente las entrevistas y, más allá del proceso sistemático de codificación (identificación, descontextualización, recontextualización y reordenación de los datos), poder interpretar en profundidad los significados de los discursos. En el siguiente esquema se muestran estas cuatro áreas o categorías principales que podemos considerar como un primer nivel de codificación y que, a su vez, contienen (sub)categorías asociadas con diferentes niveles de especificidad.

Esquema de la matriz

- ***Posición social (diferencial contexto origen-contexto destino)***
 - Nivel socioeconómico familia orientación²²⁷ (percepción)
 - Nivel de formación (nivel estudios realizados por ego)
 - Profesión/actividades (contexto origen).
 - Motivaciones para emigrar.
 - Profesión/actividades (contexto destino)
 - Satisfacción con el trabajo/ocupación y su nivel de vida en contexto de destino
 - Movilidad social ascendente/descendente ligada a ingresos y nivel de vida (percepción tras la emigración)
- ***Vinculación social***
 - Perfil identitario (Identidad percibida en relacionado con nacionalidad, etnicidad y religión). Permanencias y cambios
 - Personas significativas y tipo de conectividad (Marruecos- España): familia, amistades, vecindario
 - Inclusión/exclusión social: barreras y reconocimientos
 - Barreras (idiomáticas, racismo, xenofobia, islamofobia)
 - Reconocimiento intersubjetivo (cuerpo, derechos, estilos de vida).
 - Bienestar/calidad de vida percibida (Marruecos-España)
 - Grado de vinculación con la sociedad de acogida

²²⁷ A lo largo de este capítulo se hará referencia a dos tipologías de parentesco de *ego*: la *familia de orientación* y *familia de procreación*. Siguiendo la terminología de parentesco propuesta por J.P. Murdock, un adulto normal en toda sociedad humana pertenece al menos a dos *familias nucleares*: una *familia de orientación* en la que nació y fue criado, que incluye padre, madre y hermanos y hermanas, y una *familia de procreación* que se establece a partir de su matrimonio e incluye a su marido o esposa, y a sus hijos e hijas (Aranzadi Martínez, 2003: 69).

- ***Procesos de salud-enfermedad-atención (permanencias y cambios)***
 - *Creencias de ego sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte.*
 - Cuerpo, salud, limpieza (nadhâfa) y purificación (tahâra)
 - Cuidados y autocuidados. La visita al enfermo
 - Muerte, rito e Islam inmigrado
 - Saberes de salud y cuidados populares y tradicionales
 - Posesión por jnûn, magia y aflicciones psicosomáticas de origen mágico-religioso.
 - Ramadán y salud bio-psico-social
 - *Percepciones sobre el sistema de salud y la atención sanitaria (Marruecos-Comunidad Valenciana)*
 - Marruecos: percepciones sobre el país de origen
 - Acceso a dispositivos de salud
 - Percepción atención sanitaria recibida (ego-familia)
 - Comunidad Valenciana: percepciones sobre el país de acogida
 - Valoración general de la sanidad pública española. Acceso a dispositivos
 - Calidad percibida en la atención sanitaria desde la perspectiva cultural.
 - Percepción de discriminación/buen trato recibido en la atención sanitaria.
 - ***Valores y virtudes culturales y religiosos relacionados con la salud y la paz***
-

Describir, narrar, encontrarse en el relato propio y en el de los otros. La vida, todas las vidas están hechas de historias que merecen ser tenidas en cuenta, que importan. Lo que los y las inmigrantes árabe musulmanes marroquíes creen, sienten, piensan y cuentan sobre sus vidas y sobre sus procesos de salud-enfermedad-atención en Marruecos y en España se analizará en los apartados que siguen sin desligar la doble perspectiva antropológica y *pazológica* desde la que se ha planteado esta tesis. Como ya hemos comentado, importa poder mostrar no sólo su experiencia, sino el valor de su experiencia única e irrepetible.

La utilización del método comparativo ha estado presente desde la etapa de trabajo de campo, facilitando el análisis de los datos. En este capítulo se realizarán análisis descriptivos y se mostrarán las relaciones entre las cuatro categorías principales.

De entre la inmensidad de datos recogidos en las entrevistas he seleccionado únicamente los que considero que son más significativos para establecer las relaciones entre las variables principales de este estudio.

6.2. Discursos y representaciones sobre la posición y la vinculación social en el contexto de origen y destino

“Creo que por eso yo digo que lo que nos falta es el contacto, es conocernos, ése es el tema. Cuando conoces al otro conoces a ti mismo” (4-H34-U-CT).

Para Joan Prat, tiene sentido elegir como campo de análisis los relatos de vida de los y las migrantes transnacionales porque conforman un conjunto coherente de textos, una muestra discursiva específica, en la que se articulan los ejes contextuales clásicos como son la edad, el género, las creencias religiosas, la identidad nacional, su estatus socioeconómico, la actividad laboral, su formación académica, etc., siendo este tipo de relatos muy propicios, además, para vislumbrar las interrelaciones entre el contexto local (familiar, de vecindad o nacional) y el contexto global (Prat y otros, 2004: 181). La heterogeneidad interna de la muestra que aquí se presenta es una realidad que merece ser tomada en cuenta no sólo por cómo puede influir en las creencias, representaciones y prácticas relacionadas con los procesos de salud-enfermedad-atención, sino por cómo estos ejes contextuales inciden en la movilidad social ascendente o descendente tras la emigración, en la percepción de la vinculación social en la sociedad de acogida, y en percepción de bienestar personal-familiar-grupal.

Así mismo hay que destacar que la movilidad espacial y el cambio sociocultural de las personas migrantes no supone generalmente una ruptura con la sociedad de origen, sino más bien, como también resalta Joan Prat, una doble pertenencia que no es contradictoria sino complementaria: la percepción de los espacios sociales y culturales de origen y de acogida se manifiestan en los relatos de los y las inmigrantes a través de un conjunto de imágenes o representaciones, de nexos espaciales y temporales (*cronotopos*), que según Teresa del Valle, cargados de reflexividad, emoción y dinamismo, permiten recoger la variabilidad cultural en toda su amplitud y actúan como síntesis de significados más amplios que se relacionan tanto con el macrocontexto (nacional, global) como con el microcontexto familiar, local (Prat, 2004:182).

Con el fin de ordenarlos mejor y establecer las oportunas comparaciones (Marruecos-Comunidad Valenciana), los datos se presentan agrupados según las categorías principales y subcategorías mostradas en el apartado anterior. También hay que señalar que en los diferentes segmentos textuales aparecerán subrayados los contenidos que se consideran especialmente relevantes para el análisis.

6.2.1. Posición Social

El análisis cualitativo de los relatos de vida parece indicar que las personas inmigrantes marroquíes entrevistadas se sitúan en diferentes posiciones sociales en su vida previa a la salida de Marruecos: la clase social relacionada con su origen rural o urbano y el nivel socioeconómico de la familia de orientación marcan sus condiciones generales de vida, su acceso o no a estudios (nivel de formación), la actividad laboral previa al viaje migratorio. El éxito de su empresa migratoria será desigual y estará ligado a las condiciones del mercado laboral que, en el momento de realizar las entrevistas (periodo 2008-2010), está comenzando a sufrir el impacto de la crisis económica mundial. Para las mujeres entrevistadas que no trabajan fuera del hogar el éxito de su emigración va unido a las condiciones laborales de sus maridos e hijos. Las diferencias socioeconómicas ligadas al trabajo/ocupación se mantendrán en el contexto de acogida.

En la muestra manejada, todas las personas entrevistadas, salvo una mujer, 10-M29-R-CT, provienen mayoritariamente de contextos urbanos, de familias de orientación más o menos extensas de origen rural que migraron a las ciudades en busca de mejores condiciones de vida. De clase trabajadora o clase media (con los estándares marroquíes), y de padres analfabetos o con estudios básicos, ninguna de las personas entrevistadas tiene a su familia de orientación y/o de procreación en situación de pobreza extrema o exclusión social.

Así mismo, en sus imaginarios, la migración no es un hecho extraño, ajeno a sus vidas: todos y todas ellas tienen familiares o amigos que emigraron a Europa. Algunas de las personas entrevistadas para la muestra recibían ya en Marruecos, antes de emigrar, las remesas de sus familiares.

6.2.1.1. Nivel socioeconómico familias de orientación

En lo que respecta al *nivel socio-económico de la familia de orientación de ego*, sus relatos muestran realidades diversas y percepciones igualmente diferenciadas sobre la “riqueza/pobreza” de sus respectivas familias. En la tabla siguiente se recogen estas percepciones. La idea de riqueza o pobreza familiar está fuertemente cargada de subjetividad y no responde, a tenor de los relatos, a indicadores concretos que nos pudieran dar luz a la hora de discernir la clase social de pertenencia de cada una de las personas entrevistadas, que bien podrían ubicarse en una clase trabajadora o media atendiendo al nivel de formación de los padres y el tipo de ocupación.

“FAMILIA RICA”	→	6-M28-U-CM
“FAMILIA NI RICA NI POBRE”	→	1-M35-U-CM
	→	8-H40-U-CM
“POBRE”	→	3-M35-U-CT
	→	4-H34-U-CM
	→	5-H34-U-CT
	→	7-H43-U-CT
	→	9-H36-U-CT
	→	10-M29-R-CT
NO APORTA DATOS RELACIONADOS	→	2-H30-U-CM

Tabla 9. Nivel socioeconómico familia orientación (percepción de *ego*). Elaboración propia

Una de las informantes llora todo el tiempo cuando recuerda su buena posición social en Marruecos, su casa grande en el pueblo, la familia que ella considera *rica*; su percepción de la buena posición social de su familia paterna y materna y de su familia de orientación está mediatizada por el hecho de la emigración a España de su padre y la falta de apoyo económico a la familia que queda en Marruecos, la madre de *ego* y sus seis hermanos/as, cuestión que ha condicionado la vida de todos ellos/as. Sus hermanos emigrantes en España ayudan económicamente a la familia, al igual que el mayor de sus

hermanos varones, el único que ha estudiado y tiene una próspera posición económica. Ella quería estudiar y ser médico, pero finalmente estudiará peluquería y trabajará de peluquera hasta el momento de emigrar a España,

- [...] La familia de mi padre y la familia de mi madre son familias ricas, no son familias que no tienen nada, lo que pasa es que cada uno lleva su vida, entonces mi madre tiene que trabajar...(Recuerda su casa familiar) Estamos en el centro de todo, la casa de mi madre...(entrevistadora ¿tu casa era una casa grande?) Era una casa grande, abajo tenemos tres habitaciones, la cocina y los baños, un baño grande, y arriba hay otras tres habitaciones y un baño, y subes arriba y hay tres habitaciones, la cocina y un baño, y subes arriba de todo y hay una habitación pequeña, esa es la habitación para lavar, tender la ropa. [...] la familia de mi madre en mi pueblo son muy rica familia, conocen todo el mundo, no te digo que son unas personas normales, son ricas... [...] ¿Mi padre? No mi padre vive, lleva toda la vida aquí en España. [...] Estaba trabajando, bueno, y lleva su vida, estaba trabajando por su vida [...] y por culpa de mi padre yo dejo la escuela... (6-M28-R-CM).

Otra de las informantes rememora su infancia feliz y sin penurias económicas en el seno de una familia de clase media que ella también define como “feliz”, y sus imágenes de la emigración a través de las experiencias vividas por dos de sus hermanos.

- [...] Yo me acuerdo que yo vivo en un pueblo pequeño, bueno ciudad o pueblo pequeño, no hay mucha gente viviendo ahí, es un pueblo un poco pequeño, cuando yo tenía 6 años, somos seis hermanos, 4 chicas y 2 chicos, somos en casa 8, mi padre y mi madre, con todo 8. Yo me acuerdo que cuando yo tengo 6 años mi hermana grande se ha casado cuando estaba en la guardería, se ha casado muy joven, casi con 15 años o 16 años, sí, mi hermana, vive en Alemania, como una segunda madre para mí. La quiero muchísimo. A todas mis hermanas las quiero, pero esa hermana fue como mi madre, y mi hermano mayor también con 6 años tampoco estaba con nosotros en casa, estaba en Gibraltar (entrevistadora: trabajando en Gibraltar...?) Sí, mi hermano ha hecho el curso de mecánico, trabajaba de mecánico de barcos en Gibraltar, y mi hermana se ha casado con 15 o 16 años y vive en Alemania, entonces yo puedo recordar cosas de que mi hermana y mi hermano mayor siempre vivían en Europa... (entrevistadora: vivíais con más tíos, con más familia...?) No, en casa vivíamos solos, teníamos casa grande. (Entrevistadora: En Chauen...) Sí, teníamos casa grande, dos plantas y todo y vivíamos mi padre, mi madre y cuatro hermanos, porque los otros estaban fuera de Marruecos, y entonces cuando yo estaba en guardería ha pasado de maravilla, no sé, todo era bueno, pude ir al colegio y a la guardería yo sola que no hay miedo en calle, no es como ahora que no puedes dejar niño, puedes ir sola, nadie te dice nada, si te caes alguna persona: ay, qué te pasa, de duele algo, te ayudo en algo [...] Somos de familia ni rica ni pobre, normal, tenemos para comer, ni tenemos que pagar alquiler...(entrevistadora: la casa era vuestra?) si, pero para vestir bien no, es la verdad, porque como somos cuatro no puedes... pero gracias a mis hermanas, sobre todo a mi hermana podíamos vestir bien, podíamos... (Entrevistadora: os ayudaba?) claro, salimos de excursión con el colegio, ponemos teléfono hace tiempo, que era el teléfono es una cosa rara, desde que he nacido que tenemos tele y nunca, a ver si me entiendes, nunca he visto una persona tiene algo que no tengo yo, me entiendes, y gracias a mis hermanos que también han ayudado a mi padre.[...] Pues nada, eso es, que éramos muy felices en casa, no somos ricos, no teníamos todo pero tampoco nos faltaba nada (1-M35-U-CM).

La pertenencia a la clase media aparece también el relato de otro de los informantes cuya familia ha disfrutado de un nivel de vida suficiente para no pasar penurias, y con el trabajo del padre todos los hijos e hijas han podido realizar estudios universitarios,

- [...] Mi padre tiene ahora 77 años, mi madre no es tan mayor, tiene 61, casi 62, hay mucha diferencia entre mi padre y mi madre, porque cuando se casó con ella tenía 16 años y él tenía 34 o 35. Tengo tres hermanas, todas universitarias, por cierto mi padre era un comerciante normal, que tenía una tienda, nivel económico no es peor ni tampoco un nivel de rico, éramos más o menos de la clase media en Marruecos, que tenía una tienda normal y no tenía muchas posibilidades, pero consiguió que nosotros lleguemos todos al nivel universitario (8-H40-U-CM).

Sin embargo, como podemos observar en la Tabla 9, pág. 251, la percepción de la situación de pobreza de sus familias de orientación aparece reflejada en muchos de los relatos.

- [...] Mi familia nunca hemos sido una familia rica, fuimos una familia pobre siempre (entrevistadora: había problemas económicos en tu familia?) Si, siempre (entrevistadora: el trabajo de tu padre no era un trabajo que tuviera un buen sueldo?) No, nunca, muy mal, siempre hemos sufrido (entrevistadora: sufrido te refieres...?) No, comida no, claro, no puedes estar al nivel de...entiendes, claro, vivíamos, pero podíamos vivir mejor. Mal, mal no hemos vivido, no hemos estado en la calle, tirados, teníamos una casa, vivíamos, pero nunca sobraba, siempre faltaba (7-H43-U-CT).

Así mismo la pobreza va unida en algunos casos al hecho de ser familias muy numerosas o extensas, que tuvieron que emigrar del campo a la ciudad para buscar mejor vida. Los dos testimonios que siguen así lo sugieren:

(Entrevista traducida)

- [...] Si, sus padres viven, su padre que se llama M..., como yo, y su madre que se llama F... Han vivido en una familia pobre. [...], (entrevistadora) ¿cuántos años tienen tus padres?) 66 y su madre 50...(entrevistadora: es joven...) Es joven pero se nota en la cara como tiene muchos niños se ve en la cara... [...] Seis chicas y dos chicos, en total nueve, uno está muerto... (entrevistadora: ¿Tu padre en que trabaja o en qué trabajaba?) Tienen terrenos, antes estaba trabajando en un mercado, por ejemplo despieza cajones, ayuda a la gente. Cuando no se puede, porque es un hombre mayor, ya ha subido al pueblo y está sentado con su hija ahí. Él no puede vivir en la ciudad... le gusta el pueblo, está acostumbrado, dos hijas están casadas ahí... (entrevistadora: tu padre dices que trabajaba en el mercado, entonces vivías con lo que tu padre ganaba?) Sí... y su abuelo también, cuando estaba en la vida, como tiene muchos hijos lo que gana su padre no es suficiente, y su abuelo... (entrevistadora: todos lo hijos y la madre, o sea que vivías con alguna dificultad?): si...su padre ayuda a su hijo y ayuda a todos. Como te digo son pobres (entrevistadora: Y tu abuelo en qué trabajaba si podía ayudar también a los hijos?): Es que tiene terrenos en el pueblo, tiene vacas, a veces hacen corderos, hacen ovejas, lo sacan poco a poco de ahí, a veces hacen tomates, hacen pimientos y los bajan al mercado y lo venden ahí, y luego en la ciudad como está muy difícil, no puedes trabajar. (entrevistadora: La casa donde vivías, la casa de la familia, vivías todos allí, era una casa grande?) Donde viven ahora es una casa pequeña, sólo para la familia, no es como aquí sólo un piso, que tienen abajo, por ejemplo, tienen abajo una cocina, una ducha y

habitación, arriba dos habitaciones, y arriba de todo un comedor muy grande y otra habitación, y ahora tienen arriba otra ducha y otra cocina, porque se ha casado su hermano (10-M29-R-CT).

- [...] Soy de una familia pobre del norte de Marruecos de una ciudad que se llama Chefchauen, cerca de Tetuán, a 60 km de Tetuán y a 120 de la capital del norte que es Tánger. Vivíamos en la parte antigua de la ciudad, somos 10 personas. (entrevistadora: diez hermanos...) Diez hermanos, sí, más el padre y la madre, antes las familias hacen muchos niños, es la cultura que había, que no había todavía la organización de familia y todo esto, esto ha venido luego. Pues con muchos niños y con padres analfabetos estaban antes en el mundo rural..., entonces han decidido de cambiar el sitio, de ir a la ciudad, para buscar oportunidades nuevos, si hay algo más mejor en la ciudad que en el pueblo, y bueno, el padre trabajaba en lo que se puede trabajar en todos sitios, entonces empezaba a cargar y descargar cosas de almacenes y de camiones, bueno, un trabajo físico Yo me acuerdo que vivía en un sitio fuera de la ciudad, que era una casa pero de un comandante en la Armada nacional de Marruecos, es un amigo más o menos de mi padre, el padre se ocupaba el terreno que tenía este señor, que tenía ahí y bueno, terreno más o menos grande, con árboles de aceitunas y otras cosas, nosotros beneficiaba de todo el terreno, entonces es un cuidado sin pagar [...] Estos son mis primeros días de la vida, lo que me acuerdo, casi en el campo, teníamos la libertad de jugar en un espacio más abierto, en la naturaleza, todo verde, pero en invierno sí que había un poco de sufrimiento porque no era un sitio tan adecuado no era una buena casa, solamente tres habitaciones grandes, no era un piso como las casas. Más o menos en el tiempo los hermanos mayores han decidido que no se puede vivir allí, yo también empezaba en la escuela que sufrimos para ir y volver de la escuela... Estaba lejos, sí, a seis kilómetros, no es fácil, sobre todo en invierno, cuando hay lluvia (5-H34-U-CT).

Es de destacar que en todos los casos estudiados, con la salvedad de 2-H30-U-CM, imam de la mezquita de Castellón, la emigración se ha planteado por tres motivaciones fundamentales: expectativas de tener mejores oportunidades laborales, tener mayores ingresos económicos y mayor calidad de vida, y/o conseguir la reagrupación de la familia de procreación. Sin embargo, todas las personas entrevistadas siguen sintiendo que su vida en Marruecos era buena, echan a faltar, sobre todo las mujeres de la muestra, el apoyo, el cariño y la cercanía de la familia de orientación, y no siempre sienten que su posición social sea mejor en España que en Marruecos, como ocurre de manera explícita con 5-H34-U-CT y 6-M28-U-CM.

6.2.1.2. Nivel de formación

El *nivel de formación (estudios realizados por ego)* parece estar relacionado con el nivel socioeconómico de la familia: de los informantes que refieren proceder de familias de orientación “pobres”, con pocos recursos económicos, sólo tres personas, 4-H34-U-CM, 5-H34-U-CT y 7-H43-U-CT, han ido a la universidad y uno de ellos, 7-H43-U-CT, no concluyó sus estudios. Las demás personas sólo cuentan con estudios primarios y una de las informantes, 10-M29-R-CT, es analfabeta. Las dos personas que

refieren una posición económica familiar “ni rica ni pobre”, (1-M35-U-CM; 8-H40-U-CM), que podríamos asociar a una clase media/trabajadora, tienen estudios universitarios. La persona que refiere una mejor posición económica familiar, 6-M28-U-CM, tiene estudios medios.

El informante 2-H30-U-CM, imam del Centro Cultural Islámico de Castellón (mezquita) no hace referencia expresa a la situación socioeconómica de su familia de orientación, y ha realizado únicamente Estudios Coránicos sin especificar su correspondencia con los estudios no religiosos oficiales en Marruecos:

(Entrevista traducida)

- (entrevistadora: ¿y en Marruecos en qué trabajaba?) El mismo, imam. (entrevistadora: Ah, era imam allí también. ¿Y para ser imam allí tuvo que estudiar, no?) Ah, el instituto era islámico [...] es una fundación Organ de educación, jurisprudencia en ciencias coránicas,[...] (entrevistadora: O sea, que cuando él va a estudiar allí es porque sabe que quiere ser imam...) Sí. Desde que tenía 7 años ha empezado a aprender el Corán, hasta que llego a los 12 lo tenía memorizado, todo el Corán cuando tenía 12 años, empezó desde los 7 años. Después empezó en el Instituto porque uno de las condiciones que pone el Instituto es tener el Corán aprendido de memoria antes de entrar en el Instituto, y estuvo en el instituto 6 años. Cuando terminas los estudios te dan un certificado y después de tener el certificado empezó a trabajar 2 años. (Entrevistadora: Que me cuente de su familia, de sus padres, cuando era pequeñito, como vivía... sus hermanos...) Él desde que empezó a aprender el Corán, desde que tenía 7 años ha vivido lejos de la familia, tenía que ir lejos para aprender, estudiaba lejos. No ha tenido la suerte de vivir con la familia mucho tiempo, casi todos los años ha estado estudiando fuera. (entrevistadora: ¿Y qué recuerdos tiene de antes de los 7 años?) Sólo recuerda después de empezar, después de salir de casa (Entrevistadora: ¿Y cómo fue?, porque es muy pequeñito...) Los padres amaban el Corán, su padre le entregó a su tío, el hermano de su padre, que es también un imam. Desde que tenía 7 años se fue a vivir con su tío (entrevistadora: ¿A otra ciudad?) Sí, que tenía la mezquita lejos de la familia. Ha vivido con su tío como si fuera su padre. Vivió todos los años con su tío hasta que terminó de aprender el Corán, que tenía 12 años (2-H30-U-CM).

Pobreza y bajo nivel de formación se conectan, y también se explican juntos en los relatos de los/las emigrantes entrevistados/as:

- [...] Yo he nacido en un pueblo que se llama Alhucemas, que está en el norte de Marruecos. Es un pueblo turístico, me gusta mucho. Nací en una familia pobre, que no digamos que estamos...o tenemos algo mucho, somos de pobres, y he estudiado, no he estudiado mucho, sólo la primera. La familia con mi padre y con mi madre bien, de maravilla, con mis hermanos, somos cuatro hermanos, tres chicos y una chica, bueno, y el que trabaja es sólo el padre, mi madre no trabajaba, sólo está en casa. (entrevistadora: ¿en qué trabajaba tu padre?) Mi padre trabajaba de vendedor de fruta y verdura, y ahí he trabajado con mi padre, estoy en la tienda, pero como estoy pequeño no sabía mucho para vender, y de ahí pensaré que voy a dejar el cole, porque mi padre ahí no gana mucho, digo que voy a dejar el cole para que le ayude un poquito a la familia, de ahí me he marchado a Tetuán, estoy en catorce años... (9-H36-U-CT).

Junto al bajo nivel económico de la familia, el género también aparece como categoría emergente en el análisis de los relatos y como una variable a considerar en relación al bajo nivel de formación y a la profesión/ocupación de las mujeres. Llama la atención cómo todos los y las integrantes de la muestra cuentan que sus madres son analfabetas, se casaron muy pronto, incluso antes de la menarquía, tuvieron muchos hijos y ninguna de las madres, con excepción de una, han trabajado fuera del hogar. Una de las informantes explica de qué manera la pobreza, unida a las vicisitudes de la vida, la muerte de su madre cuando ella era una niña, la asunción de responsabilidades domésticas ligadas al género, los sucesivos matrimonios de su padre, y la llegada de nuevos hermanos, la perturbarán e impedirán estudiar más allá de los estudios primarios, incluso tendrá dificultades para aprender un oficio:

- [...] cuando mi padre ha casado con la tercera yo... hasta 12 o 11 y medio, después he entrado en una escuela para aprender cómo hacemos ganchillos y yo he quedado un año, y después yo no quedo, porque mi padre un poquito pobre, y a veces yo quiero hilo y no tengo hilo... (entrevistadora: no tenías hilo?) Sí, hilo necesitamos mucho, mi padre tiene gastos... no se puede... (3-M35-U-CT).

El género, ligado a la pobreza y el analfabetismo de los padres se confabulan con el “miedo al rapto” de la hija menor si asiste a la escuela. El resultado será que la informante de 29 años sólo asistirá un día en su vida a la escuela, y en el momento de la entrevista se define como analfabeta: nunca después aprendió a leer y a escribir.

(Entrevista traducida)

- [...] Han vivido en una familia pobre, tienen terrenos en otro pueblo, y ella ha pasado la mitad de su vida ahí en Tetuán porque se va del pueblo de su padre y su madre, porque son de un pueblo... (entrevistadora: ¿de qué pueblo son tus padres?) De Chauen, de cerca de Chauen.. (entrevistadora: ¿Pero tú has vivido alguna vez en ese pueblecito?) Se van sólo en el verano a pasar dos meses, hasta tres meses ahí. Y de escuela, que no ha estudiado... (entrevistadora: ¿por qué no fuiste a la escuela, cuéntamelo?) Ella está apuntada para estudiar, y ha pasado una equivocación en la escuela donde apuntado ella, y está apuntado en un año cuando están robando a los niños (entrevistadora: ¿están robando a los niños?) Sí, atacan a los colegios (entrevistadora: ¿Quién roba a los niños?) Son ladrones, no es del pueblo, vienen de fuera, no sé de cuál ciudad vienen, roban los niños y los matan, y les quitan sangre para venderlos, y a veces venden hasta los niños, por ejemplo hay gente que no tienen hijos y los venden. Por eso su madre tiene miedo, si entra a estudiar ahí y algún día vienen y dicen que te han robado a su hija, es una pena (entrevistadora: ¿tus hermanas tampoco han ido a la escuela, tus hermanas y hermanos?) Tus hermanas sí, han estudiado todos, pero no han terminado hasta el final. El que ha estudiado mucho es su hermano, y otra menor de ella, esa sí. El otro ha estudiado dos años, máximo tres años, en la escuela. Y ella sólo un día (entrevistadora: ¿te hubiera gustado ir a la escuela?) Sí claro, ninguno que no le gusta estudiar, todo el mundo le gusta estudiar [...] pero como este año están robando niños y su madre tenía miedo mucho... (entrevistadora: te sacó...) Claro (10-M29-R-CT).

Es habitual también que no todos los hermanos y hermanas estudien, y que existan grandes diferencias de formación entre ellos/as: los hermanos mayores y las mujeres tienen menos posibilidades de estudiar cuando la familia es pobre.

- [...] Pues yo, nací en 1975 en la ciudad de Chefchauen porque los padres han cambiado de sitio, el padre ha vendido todo lo que tenía en el pueblo y ha bajado a la ciudad para buscar la vida que va a hacer, ha comprado una casa pequeñita y vivían allí. (entrevistadora: Ya no trabajaba el campo en Chauen?) El campo no hay, sí hay campos pero pequeños, particulares, no hace falta que trabajen personas en el campo en la ciudad, y bueno, para la escolarización de mis hermanos no tenían suerte, ha entrado algunos pero no tardaban en salir, como la vida era muy difícil no había medios para que ellos pudieran estudiar, entonces no estudiaban, han salido para ayudar a la familia, para trabajar también [...] (entrevistadora: ¿Qué lugar ocupas tú?) Yo soy el último..., yo nací en 1975.. [...] que es la Marcha Verde, entonces las personas mayores cuando hablan de nosotros nos dicen que somos los niños de la Marcha Verde, pero ahora no somos niños, pero ellos ven las cosas así [...] Bueno, más o menos la familia vivía una vida más difícil antes que nosotros nacimos, que yo y otro hermano que ha nacido en 1972, entonces los últimos hermanos sí que han tenido suerte de entrar a la escuela, pero los mayores no tenían suerte [...] Se veía, que estamos... bueno, se acaban estudios como la mayoría de los chicos de la ciudad de Chechauen, de las familias pobres. Es que en Chechauen no había tanto familias ricos, más o menos todos estaban igual (entrevistadora: no había muchas diferencias?) [...] había también dos hermanas que tenían suerte de estudiar, pero ellas no han aguantado mucho, dejaron la escuela. (entrevistadora: no fueron al instituto, al liceo...?) No, no los estudios primarios y ya... no es la culpa de padres, la decisión propia de ellas, que ellas no quieren seguir. Pues qué hacemos, es lo que pasa siempre (entrevistadora: tú eres el único que ha estudiado?) No, yo y mi hermano, los dos que han terminado hasta la Universidad (5-H34-U-CT).

La pobreza familiar, sin embargo, no impide a algunos de los hombres entrevistados acceder a la universidad y completar sus estudios. En el primer caso, la madre de *ego* es analfabeta, pero el padre tiene estudios primarios y la condición de funcionario posiblemente influya una mejor posición económica de la familia y en el interés porque los hijos e hijas estudien. *Ego* estudiará para ser profesor (maestro de escuela) y después Filología Hispánica. La movilidad social ascendente de la familia en Marruecos vendrá de la mano del éxito profesional de los hijos varones y del prestigio social alcanzado por ellos...

- [...] somos cuatro y tenemos ahora dos sobrinos. Mi vida desde cuando era pequeño, me acuerdo de muchas cosas, pero una de las cosas es que éramos una familia pobre que vivíamos en una zona a las afueras de Tánger, mi padre era funcionario, como tenía primaria era funcionario del ayuntamiento, funcionario normal, del ayuntamiento pero teníamos dificultades porque en Marruecos un funcionario no cobraba mucho, [...] y como éramos pobres así, mi padre no tenía dinero para comprar los libros, así que los libros con los que estudiaba mi hermana tenía que utilizarlos yo, después mi hermano. Como estudiábamos en los colegios del centro de Tánger se notaba mucho la diferencia entre los demás niños y nosotros (entrevistadora: ¿de clase social?) Sí, para nosotros no sé, recuerdo que nunca tuve zapatos nuevos o así, pero se notaba mucho la diferencia. [...] Y ahora sí que no solamente en la calle que toda la gente habla de nosotros ahí, porque de todos niños del barrio ninguno tuvo un futuro así tan brillante, hay gente que

trabaja en empresas, pero sí que cuando empezaron a ver a mi hermano en la tele, todo el mundo: éste es el chico, el hijo del portero, sale en la tele, y después todos empezaron a venir a mi madre: que hemos visto a tu hijo en la tele. Después como es director de un coro, que es el Coro de la Paz y salía también en la tele, como director del coro hacía entrevistas con él y todo, todo el mundo conocía: es que hemos visto, todo el mundo venía a preguntarte, hemos visto ayer, y cuando empezó a trabajar con Al-Jazira, también todos venían a felicitar a mi madre, y después a mí cuando me conocía, yo también hacía cosas así de proyectos, la asociación, invitaba a gente, cuando nos veían así como gente que salía en periódicos, totalmente cambió toda la... ahora nos tienen más cariño (entrevistadora: la percepción sobre vosotros, ¿no? el estatus social cambió de alguna manera, ya no erais los niños pobres...) Sí, ha cambiado totalmente, ya no es la familia pobre sino es la familia que ha conseguido... A mí una vez me lo comentó un vecino, la verdad es que sí, para mí era algo como un premio, porque me ha dicho que estamos orgullosos de tu hermano, porque estaba haciendo el Master, decía, la verdad es que estamos orgullosos porque conocíamos a tus padres desde la nada, es que no tenían nada, así que todo el esfuerzo todo lo que han logrado es a vuestro esfuerzo, no es como nosotros sí teníamos dinero, pero nuestros hijos no hicieron algo grande. La verdad es que siempre agradezco a mis padres todo el esfuerzo que han hecho y no sé, a lo mejor he sido afortunado... (4-H34-U-CM).

En el segundo caso la posición de *ego* dentro de la familia -es el último hijo de diez- y que los hermanos mayores trabajan y sustentan la familia de orientación, influirán en la realización y conclusión de sus estudios universitarios. *Ego* estudio Derecho en la Universidad de Fez y participa de organizaciones estudiantiles islamistas moderadas,

- [...] Sí, en la ciudad hay de todo, pero ellos mismos entre ellos había conflictos, es que salen muchos grupos, entre ellos había conflictos, es que bueno, para que yo fuera a Fez para tomar esta decisión los padres tienen miedo, es que un sitio siempre que los estudiantes morían allí, había problemas más graves (entrevistadora: Y no podías estudiar Derecho, por ejemplo, en Tánger?) No, no había, todavía no había una universidad especializada en Derecho, solamente tenemos Derecho en Rabat, si hay una persona que te ayuda para cambiarte, porque sale una organización administrativa que dice: la provincia de Chauen va a Fez. Es el más cerca, 200 km de Chauen (entrevistadora: y finalmente te vas a Fez?) Sí, finalmente me voy ahí, bueno, sigo lo mismo que estoy haciendo en instituto, también hay estudiantes que son miembros de la misma organización, es que es así, empiezas por el liceo, te vas a la universidad y es lo mismo, teníamos un grupo se llama La Unión y el Intercambio, lo mismo que teníamos hacemos actividades con la misma fe, las mismas ideas, bueno, había conflictos con la otra parte que son los socialistas, pero no tanto, en esta época mía casi la mayoría de estudiantes se van con nosotros, no se van con los comunistas. Antes, en la época de 1971 hasta 1990 era una época total de socialistas, toda la universidad de Marruecos. (entrevistadora: En todas las universidades?) Eran ellos que controlan todo, pero después de esta fecha no, las cosas empezaban a cambiar.[...] Había nosotros, los islamistas, bueno, no son, es que también hay otros grupos... a ver cómo voy a traducir eso, es la unión de cambiar las cosas por una aspiración buena, como se dice en español (5-H34-U-CT).

Otro de los informantes, que dice pertenecer a una familia de clase media, hace referencia expresa a una realidad cotidiana en Marruecos: las personas con formación universitaria tienen grandes dificultades para insertarse en el mercado laboral. La falta

de oportunidades socio-laborales en Marruecos es causa de frustración de muchos jóvenes universitarios y quizá también de sus deseos y necesidad de emigrar.

- [...] Nosotros somos seis, tres chicos y tres chicas. Todos hemos llegado a la universidad, hay cuatro licenciados en mi familia, yo, que era el primer licenciado, mi hermano estudió dos años, no acabó su carrera, yo tuve licenciatura en Historia y Geografía, tengo tres hermanas, como te he dicho, una estudió sólo dos años y tampoco acabó su carrera, Literatura Árabe, pero las dos otras tuvieron licenciatura en Literatura Árabe. Tengo otro hermano que es el último, el pequeño, también el año pasado tuvo licenciatura en Literatura Árabe, pero claro, aún está esperando... (entrevistadora: ¿no tiene trabajo?) Es que no es fácil, en Marruecos no es fácil. El paro, sobre todo en el medio de los estudiantes universitarios, el porcentaje es muy alto, sobre todo en el medio de los universitarios, porque en Marruecos la formación académica no está atada al entorno socioeconómico de Marruecos, no hay una relación, tiene que haber una relación entre la formación para cubrir la necesidad que hay. Por eso la mayoría de los jóvenes parados en Marruecos son universitarios (entrevistadoras: ¿y no tienen posibilidades?) Además esa realidad afecta mucho a los jóvenes de las nuevas generaciones porque ven a sus hermanos mayores que acabaron sus carreras y al final nada, o vinieron aquí... (entrevistadora: Pero si no estudian y hacen formación profesional por ejemplo, ¿sí que tienen trabajo o tampoco?) Fíjate, la gente por ejemplo que hace carreras de FP o eso tienen más posibilidades de trabajar que los que hacen carreras académicas en la universidad... [...]) (8-H40-U-CM).

Los padres de *ego* no han estudiado, su padre sólo tiene estudios coránicos y su madre es analfabeta, pero han querido que sus hijos e hijas estudien sin distinción de género. Sin embargo, a pesar de sus estudios universitarios, dos de ellos son inmigrantes en el momento del trabajo de campo. Las dificultades de *ego* para encontrar trabajo en España han sido enormes, sobre todo a partir del comienzo de la crisis económica. El informante recuerda con cariño el esfuerzo de sus padres para que todos sus hijos tuvieran una buena educación.

- [...] En todo caso yo, mi padre aunque es mayor, tuve siempre una relación como si fuera de amistad con él, aunque la idea general que hay siempre sobre la mentalidad de la gente mayor de Marruecos, que siempre hay un obstáculo entre ellos y sus hijos, entre los jóvenes en general, lo que se llama los conflictos intergeneracionales, pero la verdad el caso de mi padre es un poco particular, aunque mi padre no estudió, estudió sólo en una escuela coránica, después siete días en una escuela moderna, nada más, pero claro, tuvo mucha experiencia en su vida, como era comerciante desde el principio aprendió muchísimo, y la verdad, yo cuando llegué a la edad de la adolescencia y todo eso, que empezaba a tener conciencia de las cosas, yo me quedé flipado del nivel de mi padre, nivel de las informaciones que tenía, lo que aprendió de la vida, a nivel de las relaciones sociales, a nivel de la política, a mi padre siempre le gustaba la política, y me acuerdo que en esa etapa me quedé flipado. Hay gente que forma su personalidad de las experiencias de la vida y de las relaciones de amistades que tiene con otra gente, y me acuerdo que en la tienda... (entrevistadora: ¿de qué era la tienda, qué vendía tu padre?) Tienda normal, de alimentos, como si fuera un bar aquí, pero en la tienda no se vendía alcohol, pero se hacían bocadillos y se vendía productos también, en general como si fuera un pequeñito supermercado, se vendía azúcar, aceite. Y luego me acuerdo que la mayoría de los amigos que venían, sus amigos de la infancia que venían a visitarle, sobre todo en las vacaciones en verano, eran gente funcionaria, gente que siguieron los estudios, no como él. Me

acuerdo que él tenía buena amistad con ellos, y claro, me acuerdo de las conversaciones que siempre tenían y siempre hablaban de temas interesantes, no sólo en la política sino también en tema social, economía, todo. Y aprendo muchísimo en esa etapa, que yo estaba muy pegado a mi padre y sobre todo en la tienda, la edad de 10 años hasta 18 o 19. (entrevistadora: Hasta que te fuiste...) Claro, hasta la universidad, entonces esa etapa me ayudó mucho a construir mi personalidad, siempre escuchaba con buena atención a las conversaciones... Mi madre es como las madres tradicionales marroquíes... la pobre no tuvo la oportunidad de estudiar (entrevistadora: ¿Es analfabeta tu madre?) Sí, no escribe ni lee. Claro, se casó jovencita con mi padre, y todo eso, pero es muy cariñosa y nos ayudó mucho aunque es así siempre nos motivaba mucho a estudiar. Yo me acuerdo que ella siempre estaba encima de nosotros para motivarnos a estudiar aunque ella nunca tuvo estudios de nada (entrevistadora: ¿Y los dos estaban de acuerdo en que igual chicos que chicas tenían que estudiar,? tus padres quería que estudiarais todos los hijos...) Claro, claro, mi padre aunque no tuvo muchos estudios siempre ha tenido una mentalidad abierta, y siempre nos trataba igual a los chicos que a las chicas, porque si no hubiera tenido esa idea y esa mentalidad no hubiera dejado a mis hermanas estudiar, por ejemplo, que ahora son dos licenciadas y una universitaria. Por cierto la que no acabó la carrera está trabajando en otro sector, ahora está trabajando como secretaria de un veterinario en mi ciudad, y tiene ahora siete u ocho años de experiencia, que a veces se va el veterinario a su ciudad y se queda ella, se ha hecho como una técnica (8-H40-U-CM).

Llama la atención que el nivel de estudios no se manifiesta como una variable significativa a la hora de conseguir trabajo en el contexto de acogida y menos aún para conseguir un trabajo acorde a las expectativas previas a la emigración. Es más, en las personas con estudios universitarios, frente a las que tienen estudios básicos o incluso la que no tiene, las expectativas de conseguir un trabajo acorde a su formación se convierte en una fuente de frustración cuando los trabajos que tienen que realizar en destino no se corresponden a sus intereses. El caso de 5-H34-U-CT es un buen ejemplo del malestar percibido cuando la formación de *ego*, las expectativas de mejora laboral puestas en la emigración y la realidad laboral en destino no se corresponden.

6.2.1.3. Motivaciones para emigrar, trabajo/ocupación y percepción de bienestar

Nivel de estudios, motivaciones para emigrar, ocupación (origen-destino), percepción de bienestar y movilidad social ascendente/descendente tras la emigración son variables que no se pueden desagregar. Los objetivos prioritarios de los y las informantes son comunes: tener trabajo, ingresos económicos suficientes para hacer frente a las necesidades materiales de la familia de procreación en el contexto de acogida y, si es posible, poder ayudar a la familia de orientación en Marruecos, y con ello incrementar su prestigio social entre su grupo familiar y su red social en el contexto de origen. La movilidad social ascendente o descendente se reinterpreta pues no sólo en relación al contexto de acogida (conseguir un buen trabajo, mayores ingresos, vivienda adecuada, necesidades materiales cubiertas, buenas relaciones sociales, sentimiento de

bienestar psicológico y material, etc.), sino también en función del contexto de origen en tanto en cuanto la movilidad social ascendente en origen también va ligada al éxito del proyecto migratorio.

La edad de todos y todas las integrantes de la muestra, entre 28 y 43 años, nos presenta una realidad que los diversos estudios revisados en esta tesis ya muestran: la inmigración marroquí es mayoritariamente de personas jóvenes y sanas, que buscan más y mejores oportunidades de vida fuera de su país.

La diversidad de *motivaciones para migrar* está bastante bien representada en la muestra y el género se configura como una variable a tener en cuenta: las mujeres han venido a España no tanto por expreso deseo personal de mejorar su vida o tener mejores oportunidades laborales, sino por reagrupación familiar, o porque una parte de su familia de orientación ya está asentada en España, como es el caso de 6-M28-U-CM. Entre las motivaciones fundamentales para migrar en el caso de los hombres están las razones socioeconómicas: la idea de obtener mejores oportunidades laborales, mayores ingresos y mejorar su posición social está presente implícita o explícitamente en todos los relatos de los varones entrevistados, con la salvedad de dos de ellos: 4-H34-U-CM, que ha venido a España con el objetivo de ampliar su formación y vive entre España y Marruecos, y el imam de la mezquita de Castellón, cuya migración va ligada a su oficio y ha venido a Castellón “invitado” para ejercer su labor:

(Entrevista traducida)

- (entrevistadora: Y aquí en Castellón, cuando llega ¿qué ocupación tiene? Encuentra trabajo pronto o tiene dificultades...) La invitación que le mandaron era para ser imam aquí, directamente (entrevistadora: imam directamente aquí?) Sí, sí (2-H30-U-CM).

El nivel de formación, sus ocupaciones y/o actividades profesionales y el nivel socioeconómico de los y las integrantes de la muestra diferían en Marruecos y diferirán también en sus destinos migratorios. Como ya se ha mostrado, a pesar de que algunas de las personas entrevistadas tienen estudios medios o superiores, la mayoría no va a poder hacer valer su formación en el contexto de acogida y van a desempeñar trabajos que no se adecuan a sus estudios. Esta realidad les genera malestar y sentimientos de frustración: cuanto más alto es el nivel de estudios realizados, mayores son las expectativas laborales y mayor también el desengaño cuando esas expectativas no se cumplen. Esto es lo que le ocurre a uno de los informantes para el que su venida a España tras el matrimonio le supondrá una decepción respecto a sus expectativas

laborales y vitales al tener que realizar trabajos en España que no considera adecuados para formación universitaria: a su llegada, antes de quedar desempleado, tuvo que trabajar en una fábrica de jamones y en fábricas de azulejos. En el siguiente segmento textual el informante rememora el que consideraba en Marruecos, antes de emigrar, un trabajo adecuado a su formación y a su manera de entender la vida,

- [...] Es que cuando he vuelto, cuando termino pasó el verano y directamente fui a trabajar con una persona, un amigo miembro de la organización que tenía una tienda que vende cosas de televisiones, cosas de estas, me ha dicho que si quieres ayudarme... Bueno, estoy con él un mes para probar. Un mes, entonces al final no podía seguir porque no tengo la cultura de una persona comercial, no me siento bien. Entonces después de este mes le digo: lo siento, no puedo seguir contigo, y me presento a la ONG ADL, como voluntario. Era una idea de un miembro de la Junta de la Dirección de ADL, que era también de la organización nuestra, que me ha dicho: mira ¿qué vas a hacer? Digo no sé, voy a buscar a ver si hay algo. Me ha dicho: haz una carta y pide permiso para trabajar con nosotros como voluntario. Pues bien. La he hecho, me han aceptado y pasaba cuatro meses con ellos como voluntario. ¿Qué es ADL? Es una asociación de desarrollo local que trabaja en el sector terciario, el sector de desarrollo, que realizan proyectos de desarrollo y cooperación en el mundo rural, sobre todo en el mundo rural, entonces pasaba estos cuatro meses con ellos, hago las cosas que ellos quieren, bien, era muy activo con ellos y al final me han hecho un contrato con un proyecto nuevo, y fui como técnico encargado de cosas administrativas. Como yo soy licenciado en el derecho administrativo entonces era eso, me ocupaba de las actividades más administrativas: escribo cartas, me voy a la administración para arreglar los papeles, hago cursos de formación para las personas en el mundo rural, cómo ellos pueden crear una asociación, qué papeles tiene que presentar (5-H34-U-CT).

Sin embargo en algunos casos no ha sido así, destacando a 7-H43-U-CT, con estudios universitarios sin concluir, cuyo trabajo actual como mediador intercultural le satisface ampliamente, y a 2-H30-U-CM, imam de la mezquita de Castellón, que vive sin problemas económicos y también se siente muy satisfecho con el trabajo que le ha sido encomendado:

- (entrevistadora: ¿Eres ya funcionario?) Sí, contrato laboral pero bien (entrevistadora: Bien, porque eso da estabilidad laboral, ¿no?) Bueno, estabilidad no, yo trabajo con contratos...porque hay un problema, no puedes ser funcionario si no eres español, todavía, en algunos... es requisito ser español (entrevistadora: Pero esos contratos sí que te dan una estabilidad laboral...) Mientras no me saque la nacionalidad no podré ser directamente personal, seguiré con esos contratos a ver, hasta el momento bien, sí. [...] el primer año fue un poco chungo porque ella (*su mujer*) no trabajaba, el sueldo era un sueldo no muy bueno durante el año ese de la formación, ganábamos poco, ella no trabajaba, y me dijo, ¿ves lo que has hecho? Porque en las azulejeras se gana bien, 1300 euros, 1400 € (entrevistadora: ¿Quién sabe si ahora no estarías en la calle...) Claro, yo creo que el destino ha jugado... yo decía, no, tenemos que aguantar, yo creo que esto tiene futuro, además esto me gusta, yo creo que tengo coco para hacer otra cosa que marcar azulejos, para que vaya a segunda y a tercera, yo era clasificador, no era un genio, yo hacía lo mismo, clasificar, porque si va a segunda le pones una raya a la izquierda, si va a tercera, y si es buena le pones una al centro, cada empresa tiene su... y después encargarte del robot que va poniendo las cajas de azulejos, sacar palets y poner palets, era lo mismo (entrevistadora: Tú aspirabas a hacer algo que te llenara...) Yo valgo para algo

más, le decía, no, tengo que aguantar. Durante este año estuve todo el año haciendo eso y los fines de semana trabajando de camarero en un bar, para... todo el año, hasta que empecé a trabajar. Ahora gracias a Dios en un Ayuntamiento se gana bien (7-H43-U-CT).

(Entrevista traducida)

- [...] No ha sufrido económicamente. Gracias a Dios él cuando vino estaba sólo, los gastos ahí en Marruecos no son los gastos de aquí (entrevistadora: ¿Aquí hay más gastos?) Aquí puedes ganar más pero los gastos también son mayores. Uno va en la vida justito. En Marruecos los imanes no gastan nada porque no compran nada, la casa gratuita. No ha sufrido en lo económico, en Marruecos lo tenía claro y aquí también (entrevistadora: ¿Su mujer trabaja?) No (entrevistadora: está contento con su trabajo, con la casa donde vive...) Gracias a Dios está contento, está cerca de la mezquita, cerca de la escuela de los niños (entrevistadora: quién compone su familia en Castellón?) Sólo vive con su mujer y sus hijos (2-H30-U-CM).

Dos de las cuatro mujeres de la muestra, 1-M35-U-CM, con estudios universitarios sin completar, tiene un trabajo no acorde con su formación pero se siente satisfecha, y 3M35-U-CT, con estudios primarios, ha conseguido un contrato indefinido como limpiadora en un hospital de la ciudad y se considera afortunada por ello. Las dos han conseguido trabajos que les han permitido aumentar los ingresos familiares y al mismo tiempo empoderarse con su nuevo estatus de mujeres trabajadoras. En el caso de 6-M28-U-CM, con estudios medios, es empleada en un almacén de frutas, su contrato temporal es discontinuo y precario y no se siente satisfecha ni con su trabajo, ni con su vida en el contexto de acogida. Todas ellas compaginan su rol de madres, cuidadoras y/o amas de casa.

En lo que respecta a las mujeres entrevistadas, la informante 6-M28-U-CM es la que siente más dificultades y menor percepción de satisfacción personal y laboral en el contexto de acogida: su marido está desempleado, su trabajo en un almacén de frutas es precario y está bajo la amenaza constante del despido y cierre de su empresa. La percepción de su vida de emigrante no es buena, echa de menos a su familia, relata síntomas que bien podrían relacionarse con un duelo migratorio mal resuelto, la precariedad laboral no facilita la percepción de bienestar ni poder realizar sus planes de tener hijos: la frustración por este último motivo aparece en la entrevista grabada, pero también aparece en el resto de las entrevistas informales previas y posteriores a la

grabación. Así cuenta ella el proceso y sobre todo la situación económica que le impide incluso decidirse a tener hijos:²²⁸

- (entrevistadora: has pensado... ¿cuándo vais a decidir tener niños?) Ay, antes pensamos pues dos años, primera vez, y ahora ya no... de momento ni pensarlo, ni dos ni tres (entrevistadora: ¿Por la crisis?) Hombre claro, por la crisis, mi marido no trabaja... (entrevistadora: Pero esto cambiará, esto pasará...) Ya lo vamos a ver... De momento aún estoy trabajando, aún no me han dado la carta. Le han dado a la gente la carta, pero a mí aún no me han dado. (entrevistadora: O sea que a lo mejor puedes continuar trabajando mucho tiempo, todo el verano...) Bueno allí en este trabajo tienes que estar... no puedes trabajar más de dos temporadas. (entrevistadora: ¿sólo dos temporadas?) Sí, después de dos temporadas te envían al paro. Después de trabajar otra temporada y te envía a un almacén que tienen ellos en Almazora, que tienen ellos... no lo sé que... ellos la gente que tienen en el paro la... el ministerio de trabajo, me parece... lo que yo escuchaba, que cobran a ellos, porque si cogen a una del paro, les pagan (6-M28-U-CM).

Quizá 3-M35-U-CT es la que más destaca por su satisfacción percibida en relación a su nuevo rol de mujer trabajadora y por su apreciación de que su vida es mejor en Castellón que en Marruecos. Su empoderamiento personal ligado a su trabajo ha sido creciente desde que llegó a Castellón por reagrupación familiar, sin trabajo ni expectativas de tenerlo, sin hablar castellano y con tres hijas pequeñas. Su marido es mecánico y tiene trabajo en el momento de la entrevista. En Marruecos empezó a trabajar en una fábrica textil a los 13 años:

(La informante no domina bien el castellano. La entrevista se hace sin traducción por lo que muchas veces hay que incidir en las preguntas y las respuestas pueden parecer faltas de sentido)

- [...] Si, yo trabajo en fábrica seis meses cuando era pequeña, pero el dueño trata a las chicas que trabajan mal... Si si, el dueño hermano de él las trata mal, pega... si, si, yo trabajo seis meses y...es mal. Después yo cambio a una fábrica dos años y pico. (entrevistadora: ¿una fábrica de tejidos también?) Si, si, pero esta señora muy buena, muy buena, ayudar también, si. Pero la paga un poquito..., Si, paga mal, no dan mucho dinero, porque la fábrica es pequeña... (3-M35-U-CT).

Ella dejó su trabajo en una fábrica textil en Marruecos cuando se casó y no quería venir a España, pero cuando pasados unos años de su llegada la situación laboral del marido se precariza ella decide buscar trabajo. Aunque el trabajo de limpiadora se suma al trabajo doméstico y al cuidado de la familia, ella valora muy positivamente el hecho de “salir” a trabajar fuera de casa, que sus hijas estudien aquí, y sobre todo, tener un sueldo todos los meses con el que cubrir las necesidades materiales de sus cinco

²²⁸ Finalmente los proyectos migratorios de *ego* y de su marido fracasarán, ella pierde su trabajo y cuando su marido terminó de recibir la prestación de desempleo regresaron a Marruecos sin haberse decidido a tener hijos.

hijas, sueldo que gestionará desde el primer momento de forma autónoma, como ella pone en evidencia en los sucesivos encuentros posteriores a la entrevista grabada. *Ego* no quiere volver a Marruecos. A pesar de las dificultades y de la lejanía de su familia, la emigración ha merecido la pena. Se siente a gusto aquí:

(La informante no domina bien el castellano. La entrevista se hace sin traducción por lo que muchas veces hay que incidir en las preguntas y las respuestas pueden parecer faltas de sentido)

- (entrevistadora: Cuando llegas aquí a España ¿cómo te sientes, estás a gusto aquí ¿te gustaría volver a Marruecos? Yo estoy bien aquí. Aquí más tranquilo. De verdad, sí...Depende, cuando está la cosa bien, estamos trabajando, aquí mejor... aprender muchas cosas, sí aquí mejor, de verdad... Por ejemplo el crisis aún no afecta, cuando afecta mi país por ejemplo..., Hay crisis por todos, el español también... Un montón de gente ya baja por la culpa de crisis, rumanos, marroquíes, (entrevistadora: Hay muchísima gente sin trabajo...) Está alquilado, está propio, se ha quedado sin nada: ¿qué hace? volver a su país.... (entrevistadora: un montón de gente está volviendo...) Bajamos a Marruecos, sí, pero aquí hay crisis, sí, pero el colegio da dinero para comprar los libros, en Marruecos no hay, por ejemplo, familia numerosa, cuando termina el año da un poquito de dinero (entrevistadora: ¿Hay ayudas?) Hay ayuda, aquí hay ayuda... En la declaración de la renta te devuelven dinero... Sí, aquí ayudas, pero cuando tú bajas a Marruecos... [...] Yo también en Marruecos cuando trabajas, por ejemplo, yo no he estudiado mucho, porque aquí puedes trabajar ganas un poquito de dinero pero en Marruecos sólo en fábricas de coser, para las chicas, para ayudar a tu marido [...] (entrevistadora: Pero vives bien aquí, me refiero que con el trabajo de tu marido y con tu trabajo ¿tenéis suficiente para vivir bien?) Sí, mejor ahora, mejor ahora que allí, sí, porque en Marruecos trabaja él solo, yo tengo mi familia, pagan alquiler, trabaja sólo los hombres (entrevistadora: En Marruecos ahora ¿trabajarías?) No, sólo en casa... Es que el trabajo en Marruecos no... sólo trabajo en fábricas, más mal, no hay trabajo mucho. Si volviera a trabajar en limpieza todo cafés y esas cosas no... [...] (entrevistadora: lo que más te gusta entonces de vivir aquí, qué dirías que es? Si tuvieras que elegir un motivo para vivir aquí ¿cuál sería?) Se trabaja más y mis hijas estudian. Eso me gusta (entrevistadora: ¿Tú crees que vives mejor aquí que en Marruecos?) Para mis hijas no se puede volver a Marruecos porque mi hija estudian sólo español e inglés, pero en Marruecos yo no tengo para escoger el colegio de idioma, si yo bajo no se puede apagar la... el colegio del idioma, por ejemplo voy a coger el colegio normal, sólo hay árabe y francés, y mi hija mayor no se puede, va a repetir, ahora estudia la segunda clase de instituto, si yo voy a bajar a Marruecos va a repetir el curso hasta el quinto... Sí, eso es dura para mi hija, (entrevistadora: Y aquí quizá puedan estudiar...) Este es el problema, no se puede bajar... (3-M35-U-CT).

La Tabla 10, pág. 267 y siguientes, que a continuación se presenta sintetiza y relaciona para su mejor análisis y comparación, las profesiones/ocupaciones de las personas de la muestra en Marruecos, sus razones para emigrar, su profesión/ocupación en España, la percepción de movilidad social ascendente/descendente, y su percepción de bienestar (psicológico y material) en relación a su trabajo tras la emigración.²²⁹

²²⁹ Los datos están referidos a las entrevistas. La situación laboral en la actualidad de algunos de los y las inmigrantes ha cambiado con la crisis económica. Así, dos de ellos eligieron el retorno en 2012. Otro de

Como podemos observar la percepción de bienestar personal (material y psicológico) en destino dependerá en gran parte de las expectativas previas a la emigración, sobre todo en relación a la obtención de un trabajo adecuado y pagado según las capacidades y la capacitación profesional de *ego*. Todas estas variables son importantes para entender el significado de los datos referidos su vinculación con la sociedad de acogida, a su percepción de mayor o menor bienestar y reconocimiento, y al manejo en destino de sus procesos de salud/enfermedad/atención. No podemos olvidar que estamos acercándonos a la salud desde una perspectiva holística (bio-psico-social y cultural).

El éxito del proyecto migratorio en relación a la mejora laboral y económica es importante para el bienestar psicológico de los y las migrantes y es un factor que contribuye a paliar el duelo migratorio por la lejanía de la familia, los amigos y todo su mundo social y cultural. Pero no es el único factor que influye en esta percepción: en el apartado siguiente abordaremos aspectos relacionados con su vinculación social en el nuevo contexto de vida y cómo influye en su apreciación de prosperidad, confianza y felicidad personal.

ellos obtuvo la nacionalidad española, contrajo matrimonio, reagrupó a su mujer, tuvo una hija y ante la ausencia prolongada de trabajo emigró por segunda vez; en Bélgica le fue imposible encontrar trabajo y ahora en 2014, tras regresar de nuevo a España está viviendo junto a su familia de la ayuda -sucinta- para parados de larga duración. Otra de las inmigrantes fue despedida de su trabajo y ahora es propietaria de un Bar-Restaurante de comida Marroquí.

Tabla 10. Motivaciones para emigrar, trabajo/ocupación (origen destino), movilidad social y grado de bienestar percibido (continuación). Elaboración propia

Código identificación	Nivel de estudios/Ocupación Marruecos	Motivaciones para emigrar	Ocupación contexto acogida	Percepción movilidad social ascendente o descendente tras emigración	Grado de bienestar (psicológico y material) r/c ocupación y rol (Marruecos-España)
1-M35-U-CM	Superiores / Estudiante Filología Árabe (sin terminar) Ama de casa tras matrimonio Quería ser militar o abogada	Reagrupación familiar. Su marido ya está en España Ella no hubiera emigrado.	Inicialmente empleada en almacén de naranjas, sin permiso de trabajo. Más tarde, contrato indefinido en sector hostelero (cocinera restaurante). Paro laboral por cierre de la empresa y después propietaria y cocinera en un restaurante de comida marroquí	A su llegada <u>descendente</u> <u>Tras encontrar trabajo ascendente</u> , a pesar de que considera que su trabajo no es el que correspondería a su clase social y nivel de estudios en Marruecos	<u>Marruecos: alto</u> <u>España: alto</u> Su primer trabajo no le gustaba, pero estaba contenta con el trato y el sueldo que le permitía ayudar a su familia. Actualmente se siente muy satisfecha al ser la propietaria de su restaurante.
2-H30-U-CM	Estudios coránicos / Imam	Es nombrado Imam de la Mezquita de Castellón.	Imam	No refiere. Su misión es de índole religioso/profesional.	<u>Marruecos: alto</u> <u>España: alto</u> Está cumpliendo una misión, y su trabajo lo percibe como adecuado a sus expectativas y capacidades
3-M35-U-CT	Primarios / Obrera en fábricas textiles (maquilas). Tras matrimonio no trabaja.	Reagrupación familiar. Su marido vive ya en España.	Ama de casa Empleada en empresa de limpieza	<u>Ascendente</u> . Tiene trabajo e ingresos propios que ella gobierna. Valora su trabajo de limpiadora en un hospital de la ciudad y las relaciones con sus compañeras.	<u>Marruecos: bajo</u> , se consideraba mal pagada y mal tratada. <u>España: alto</u> . No tiene estudios, no aspira a un trabajo mejor, pero está muy satisfecha porque tiene más autonomía económica y se siente empoderada.

Tabla 10. Motivaciones para emigrar, trabajo/ocupación (origen destino), movilidad social y grado de bienestar percibido (continuación). Elaboración propia

Código identificación	Nivel de estudios/Ocupación Marruecos	Motivaciones para emigrar	Ocupación contexto acogida	Percepción movilidad social ascendente o descendente tras emigración	Grado de bienestar (psicológico y material) r/c ocupación y rol (Marruecos-España)
4-H34-U-CM	Superiores / Maestro en una escuela rural	Vive entre España y Marruecos. No se considera un inmigrante económico. Su motivación para vivir en España es completar su formación académica y también ampliar oportunidades profesionales	Contrato laboral como becario en universidad pública donde realiza sus estudios de postgrado Continúa sus estudios superiores y vive entre Marruecos y España	<u>Ascendente.</u> En España se siente valorado y reconocido. No así en Marruecos, donde su profesión de maestro rural y su posición social no le da el reconocimiento que él siente en España	<u>Marruecos: medio-bajo.</u> Ama su trabajo, pero no el sueldo ni las posibilidades de promoción personal. <u>España: alto,</u> por el prestigio y las posibilidades de promoción profesional de su ocupación
5-H34-U-CT	Superiores (Lic.Derecho) / Comercial en tienda electrodomésticos Técnico administración en ONG de desarrollo local (ámbito rural) y cooperación al desarrollo.	Matrimonio. Su mujer y varios de sus hermanos ya están viviendo y trabajando en España	Empleado en secadero de jamones Obrero en fábrica de azulejos Después parado de larga duración (2 años) y retorno voluntario a Marruecos	<u>Descendente.</u> Sus ocupaciones en España son un medio de vida. Él siente que tiene formación y capacidades para realizar otros trabajos más acordes con su nivel de formación.	<u>Marruecos: alto.</u> Le gustaba su trabajo en ONG. <u>España: bajo.</u> Sus trabajos no son acordes a su formación ni expectativas. Sentimiento de frustración creciente
6-M28-U-CM	Medios / Peluquería.	Tres hermanos varones y un cuñado viven en un pueblo de Teruel. No especifica motivaciones personales concretas	Secadero de jamones. Empleada almacén de frutas con contratos temporales y precarios. Baja de larga duración por accidente. Retorno voluntario a Marruecos con su marido	No refiere, pero de su relato se deriva que es <u>descendente</u> . Su adaptación a la vida en Vila-real es difícil sin la cercanía de sus hermanos emigrados en España y lejos de su madre. Le gustaría volver a Marruecos	<u>Marruecos: medio.</u> Su trabajo le gusta, pero es precario y el sueldo es bajo. <u>España: bajo.</u> No tiene percepción de haber mejorado su situación laboral, aunque cobra más sueldo. Se siente triste y frustrada e inadaptada al nuevo contexto

Tabla 10. Motivaciones para emigrar, trabajo/ocupación (origen destino), movilidad social y grado de bienestar percibido (continuación). Elaboración propia

Código identificación	Nivel de estudios/Ocupación Marruecos	Motivaciones para emigrar	Ocupación contexto acogida	Percepción movilidad social ascendente o descendente tras emigración	Grado de bienestar (psicológico y material) r/c ocupación y rol (Marruecos-España)
7-H43-U-CT	Superiores / Estudiante Filología Hispánica (sin terminar) Inspector de policía judicial	Ser policía le da prestigio y poder, pero el sueldo es bajo. No le gustan condiciones de trabajo, la corrupción, los sobornos... no ve futuro para él en este trabajo. <i>¿qué hago de mi vida?</i> Decide emigrar. Un hermano y una hermana ya viven en Vila-real (Castellón)	Fábrica azulejos. Camarero Mediador intercultural	<u>Ascendente.</u> Su trabajo como mediador intercultural en una agencia de mediación del Ayuntamiento de Castellón le coloca en una buena posición social	<u>Marruecos: bajo.</u> No le gusta su trabajo. <u>España: alto.</u> Tiene estabilidad laboral, su trabajo le gusta y lo considera bien retribuido
8-H40-U-CM	Superiores / Profesor Geografía e Historia en colegio privado Trabaja/colabora en Asociación cultural de Derechos Humanos	No quiere emigrar, pero busca trabajo fijo en el sector público como profesor y no lo consigue. Quiere mejorar su calidad de vida, encontrar un trabajo mejor. Un hermano está viviendo en un pueblo de Castellón y <i>ego</i> le pide ayuda para buscar trabajo en España.	Empresa de cartonajes. Fábricas de azulejos. Obrero en la construcción. Guardia de seguridad. Empleado en hipermercado Mediador intercultural	Los <u>primeros años ascendente.</u> Tiene trabajo, aunque no lo que le gustaría. Después amplía su formación académica y trabaja como mediador intercultural. <u>Tras comienzo de la crisis la percepción de movilidad social descendente</u> comienza a aparecer junto con las dificultades laborales	<u>Marruecos: medio.</u> Su trabajo le gusta pero está mal pagado. <u>España: medio en un principio.</u> <u>Alto cuando cursa estudios de mediador intercultural y trabaja.</u> Este trabajo le gusta, se siente capacitado para hacerlo y cubre sus expectativas. Bajo cuando se queda sin trabajo.

Tabla 10. Motivaciones para emigrar, trabajo/ocupación (origen destino), movilidad social y grado de bienestar percibido (continuación). Elaboración propia

Código identificación	Nivel de estudios/Ocupación Marruecos	Motivaciones para emigrar	Ocupación contexto acogida	Percepción movilidad social ascendente o descendente tras emigración	Grado de bienestar (psicológico y material) r/c ocupación y rol (Marruecos-España)
9-H36-U-CT	Primarios / Empleado en un café/tienda comestibles de una tía. Camarero/panadero/tendero en un comercio de un primo hermano	No tenía intención de emigrar, pero un amigo ya emigrado en Holanda le anima. Él piensa que aquí podrá trabajar, ganar más dinero y ayudar más y mejor a su familia en Marruecos	A su llegada: Trabajos muy precarios, no tiene “papeles” (situación administrativa irregular). Obrero en la construcción. Regulariza situación administrativa	Tras las dificultades del comienzo se siente satisfecho. Trabaja de obrero en la construcción. Vive en un piso alquilado y tiene una hija. A pesar de la crisis sigue haciendo trabajos esporádicos de reformas. Su percepción de <u>movilidad social ascendente</u> no ha variado. Esta contento de su trabajo y de la vida mejor que puede llevar aquí en España	<u>Marruecos: medio-bajo</u> por las condiciones laborales precarias. <u>España: medio-alto</u> . Le gusta su trabajo. No aspira a otro mejor.
10-M29-R-CT	Analfabeta / Tareas del hogar. Nunca trabajos remunerados. Ayuda a una amiga en su trabajo de peluquera.	No tenía intención de emigrar. Viene a España por reagrupación familiar tras matrimonio.	Ama de casa Busca trabajo de limpiadora o cuidando ancianos.	No especifica, pero está contenta con el nivel de vida que tiene en España.	<u>Marruecos: alto</u> . <u>España: alto</u> . Está conforme con su rol de ama de casa pero le gustaría trabajar

6.2.2. Vinculación social

Como hemos visto en el apartado anterior, entre los y las informantes, la apreciación de bienestar personal y de mejora de la calidad de vida tras la migración es disímil. Ninguna de las personas entrevistadas vive en situación de pobreza y todos y todas están en situación administrativa regularizada (con permiso de residencia y trabajo), tienen cobertura sanitaria (tarjeta sanitaria) y viviendas adecuadas (agua potable, luz eléctrica, sistemas de saneamiento). En el momento de realizar las entrevistas no hay quejas respecto a las condiciones materiales de vida, a pesar de que, como hemos visto en el apartado anterior, hay diferencias claras en su posición social y condiciones de vida en destino: mientras algunos/as tienen trabajos más o menos estables y acordes con su formación/expectativas y se consideran bien remunerados (Ej. mediadores interculturales, la mujer que trabaja en una empresa de limpieza), otros y otras, sin embargo están en situación laboral más precaria o, en el momento de la entrevista ya no tienen trabajo.

Sin embargo, a pesar de que las condiciones materiales de vida no son deficientes, la vinculación social con la sociedad de destino es, en general, de baja/media intensidad (véase más adelante Tabla 12, pág. 299 y siguientes): todos y todas han tenido sus duelos migratorios más o menos duraderos e intensos, y señalarán dificultades para vincularse con la sociedad de acogida debido a su percepción de ser diferentes por ser musulmanes. El racismo cultural adquiere la forma de islamofobia latente o explícita, o por lo menos percibida de una u otra forma por todos y todas las personas entrevistadas. Es su principal queja junto a las dificultades para tener un trabajo estable y la lejanía de la familia, amigos y vecinos/as de Marruecos. La xenofobia e islamofobia percibida por ser inmigrantes y musulmanes aparecen solapadas en sus discursos. Sin embargo, con diferencia, es la islamofobia lo que más les afecta psicológicamente, lo que más les aísla socialmente y lo que más influye en su percepción de sentirse diferentes y menospreciados.

Tener la vinculación social como categoría de análisis de los datos es importante en esta investigación porque la mayor o menor vinculación con la sociedad de acogida y la conformación de una red social sólida en el destino migratorio podrá influir en la salud psicológica y social de los y las migrantes: no sólo tener permiso de residencia y de trabajo, no sólo tener y mantener un trabajo que les permita vivir sin penurias

económicas y que se ajuste a sus expectativas y a su formación, va a ser importante para su bienestar. La familia de procreación en los casos en los que la hay, el tipo de relaciones de amistad y vecindad, las redes de apoyo mutuo y la percepción de reconocimiento intersubjetivo, tendrán una gran influencia en su percepción de bienestar psicosocial en el destino migratorio. Sus relatos densos así lo muestran.

6.2.2.1. Perfil identitario

Según Joan Lacomba, la migración coloca a las personas fuera de su marco habitual de identificaciones, las fuerza a revisar su ubicación identitaria y las coordinadas de sus pertenencias en relación a tres ámbitos básicos: la identificación de tipo nacional, étnica y religiosa, siendo la etnicidad más periférica que la religión a la hora de repensar sus identidades tras el viaje migratorio. Según Lacomba, la identidad religiosa está por encima de los otros tipos de vinculaciones porque permite recrear la pertenencia a una comunidad global, más allá de la nación o la etnia. En el caso de los emigrantes musulmanes la religión se convierte en una fuente más significativa de identidad social que la etnicidad, posiblemente por la necesidad de estas personas de dotarse de una identificación más amplia que actúe de contrapeso a su posición social de grupo minoritario, y muchas veces estigmatizado, en razón de su religión, lo que les lleva a la búsqueda personal de un Islam puro y culturalmente limpio, y a buscar vínculos de referencia identitaria en la *umma*, la comunidad islámica que confiere una identidad global musulmana (2001: 132).

En esta investigación hemos podido constatar muchos elementos que apuntan hacia esta realidad que Lacomba nos muestra: todas las personas entrevistadas son inmigrantes de primera generación y con un *perfil identitario* similar; todos y todas se consideran en primer lugar musulmanes/as (véase Tabla 11 en la página siguiente). Su identidad viene determinada en gran medida por su religión y también por su nacionalidad que, o bien se equipara a la religión en su importancia percibida, o bien ocupa el segundo lugar en importancia, más que la pertenencia étnica, a pesar de que algunos/as no son de origen árabe sino beréber y así también se reconocen. De esta forma, todas las personas de la muestra se podrían clasificar como *musulmanes culturales*, es decir «[...] creyentes musulmanes que expresan y testimonian su convicción a diferente escala» (Lacomba, 2001: 178). El género no aparece en sus

relatos como una variable identitaria, a pesar de que los roles diferenciales de género están muy marcados en la sociedad marroquí.

Código identificación	Identidad percibida r/c nacionalidad, etnicidad, religión
1-M35-U-CM	Musulmana y marroquí
2-H30-U-CM	Musulmán
3-M35-U-CT	Musulmana y marroquí
4-H34-U-CM	Musulmán, marroquí, tangerino, bereber y árabe “ <i>un poco de todo</i> ”
5-H34-U-CT	Musulmán, marroquí, árabe
6-M28-U-CM	Musulmana y marroquí
7-H43-U-CT	“ <i>Persona marroquí del Norte</i> ” y bereber (<i>amasigh</i>)
8-H40-U-CM	Ser marroquí es ser musulmán, árabe, bereber, “ <i>todo a la vez... ciudadano del Mediterráneo</i> ”
9-H36-U-CT	Musulmán, <i>rifi</i> (<i>amasigh rifi</i>) y marroquí
10-M29-R-CT	Musulmana y marroquí

Tabla 11. Identidad percibida por orden de preferencia. Elaboración propia.

Algunos de los/las informantes definen así sus identidades:

- (entrevistadora: si tuvieras que definirte de alguna manera, ¿qué identidad pondrías en primer lugar?: te sientes más marroquí, más musulmana, más mujer, española?) es que depende, por ejemplo si hay algún grupo y está hablando de religión, y se meten en religión musulmán, voy a hablar como musulmana, si se meten como moros, si están hablando de moros, de extranjeros, de emigrantes que viene aquí para trabajar entonces me voy a sentir como marroquí, depende cómo...(entrevistadora:¿entonces te sientes marroquí y musulmana...?)Yo antes que marroquí musulmana, prefiero musulmana y después marroquí (1-M35-U-CM).
- [...] A ver, árabe, la verdad, se concibe que, en general, Marruecos es un país árabe, pero yo no soy árabe, yo soy bereber, mi padre es bereber, mi padre es de Nador, del Rift. Y nosotros, en el mundo árabe en general, y en Marruecos, no es como aquí que a lo mejor tú naces en... tú eres de aquí y tu hija nace en Barcelona y dices mi hija es de Barcelona. No, yo aunque nazca en Tetuán, siempre seré bereber, por ascendencia. Claro, claro, si mi padre es bereber, yo siempre, aunque mi madre no lo fuera, yo seré lo que ha sido mi padre, aunque mi madre no sea bereber, que en este caso mi madre también lo fue, si mi padre es bereber, yo soy bereber, si mi padre es árabe, yo soy árabe, y los dos colectivos en Marruecos son bereberes y árabes. Bereberes son la gente que está en la zona del norte, la del Rift, el Atlas y el Gran Atlas, nosotros somos bereberes pero del norte, de Nador, Alucemas, [...] seguro que por nacer donde he nacido y vivir donde he vivido tengo mucho de musulmán y mucho de marroquí, pero al mismo tiempo puedo no tener nada que ver con todo ese mundo que es mío. (Entrevistadora:¿qué te sientes más, marroquí o musulmán?) Marroquí, yo marroquí. (entrevistadora ¿Si tuvieras que definir tu identidad, algún rasgo importante de tu identidad?...)Persona, marroquí del norte, ser humano marroquí del norte, porque claro, sé que somos diferentes también la manera de

ser, igual que aquí, uno del norte, uno del sur, del este, según del contexto en el que vives, tus padres, los valores son los mismos, después los códigos también cambian aquí, cambian allá, cosas que están bien vistas aquí no están bien vistas acá (7-H43-U-CT).

- (entrevistadora: ¿Cómo definirías tu identidad, te sientes más marroquí que musulmán, más musulmán que marroquí...?) La verdad es que yo siempre cuando me preguntaban decía tangerino, porque Tánger tiene su historia y el ambiente donde he vivido yo, en el edificio con españoles, judíos, cristianos, esto marcó mi vida también. (entrevistadora: ¿eres árabe, de cultura árabe, o de cultura bereber?) Mi madre es árabe y mi padre es bereber, así que yo soy mezcla de los dos (entrevistadora: Y te sientes más árabe o bereber, o ni siquiera, tangerino?) Nunca me lo he planteado, siempre me he visto así como un poco de todo, como se dice aquí, porque desde pequeño he aprendido de mis vecinos judíos, de mis vecinos cristianos, de mi religión, que soy musulmán, de la asociación esa que nos... así que no sé, soy musulmán, y eso siempre... marroquí, soy marroquí, eso no lo puedo negar, aunque me siento aquí también, no voy a decir que soy español, pero aquí me siento como uno de aquí, siempre me he sentido diferente, pero sí, me siento que tengo un poco de todo. Y la verdad es que no me quiero encerrar en una cosa: éste o éste, me gustaría tener una identidad así, dinámica, que toma de todo un poco, algo así, no decir que soy así y es esto y no cambia, así que yo creo que mi identidad se forma con todas las personas que he conocido en mi vida, de todos he aprendido, ahora aquí también con la experiencia del máster también mi identidad ha cambiado un montón con el contacto con los demás estudiantes de otras culturas, muchas cosas diferentes que para mí eran, la verdad es que sí, ahora me siento... ahora voy a regresar pero me siento otra persona, S... que regresa a Marruecos no es S... que ha venido en el 2006. Creo que es esto (4-H34-U-CM).

Otro de los informantes explica su identidad “compuesta” de una manera especialmente hermosa e interesante para entender la convivencia intercultural, resaltando los rasgos culturales comunes de las culturas mediterráneas, y haciendo hincapié en la pertenencia mediterránea compartida, así como en el respeto a todos los sentimientos identitarios:

- (entrevistadora: Dices que te consideras musulmán.. ¿cómo definirías tu identidad, cuál es la parte más importante? Yo, la verdad un poco de todo, me siento más abierto, no voy a mentirte y decirte que los propios referentes culturales no tienen la gran cantidad de lugar en tu personalidad, eso es mentira si alguien te dice, porque la pertenencia a tu identidad, a tu referencia cultural en general eso es muy importante y tiene el gran porcentaje en tu personalidad, pero siempre yo he tenido una mentalidad abierta, por eso he aprendido otros idiomas, el árabe que es mi idioma materno, el francés, ahora el castellano y medio del inglés, yo claro, después de vivir aquí trece años no tengo problemas en tener relaciones con cualquier español a base de respeto mutuo y todo eso. No soy aislado ni soy...[...] Para mí ser marroquí es ser musulmán, árabe, bereber todo a la vez, ciudadano del Mediterráneo y tenemos muchas cosas en común, las costumbres, en todo, en la comida, en la cultura y todo eso, y por eso si por ejemplo propones a un ciudadano magrebí en general que sería marroquí o argelino o tunecino, le propones de vivir en un país de Europa, elegirá un país del Mediterráneo de Europa. Sobre todo, es que claro, antes hablaba de eso de las relaciones sociales pero también hay grados, por ejemplo en España las relaciones son mucho mejor que en Francia o en Inglaterra o en Alemania, es mucho mejor. Por eso te he dicho que hay muchas cosas parecidas entre las sociedades del Mediterráneo. Me acuerdo de un comentario que he visto en Internet, que comparaba el concepto que daba Amin Maaluf a su identidad y que él se sentía libanés y francés a la vez, y también otro escritor que hablaba de las cosas comunes que tiene Amin Maaluf con

Joan Manuel Serrat, por ejemplo, que él cantó esa canción famosa del Mediterráneo... yo nací en el Mediterráneo, y sí que hay muchas cosas comunes entre los dos, ese como escritor y otro como un artista en la música y él también es autor y poeta. Yo creo que comparto sus conceptos de los dos, yo creo que hay muchas comunes que nos unen a las sociedades del Mediterráneo más que las cosas que nos separan, lo que pasa es que a veces la política, los intereses económicos y algunos complejos históricos, todos esos factores complican la relación (8-H40-U-CM).

Ninguna de las personas entrevistadas refiere haber sentido que su identidad se ha transformado de alguna manera con la vida en España. Sólo 4-H34-U-CM, que se define como *musulmán, marroquí, tangerino, árabe y beréber* refiere haber percibido que su vida en España le ha hecho sentir de una manera más intensa y ecuménica su religión y su identidad musulmana, lo que no supone un cambio en sí mismo respecto a su identificación anterior pero sí una percepción más cosmopolita, abierta y convivial respecto a otras formas religiosas y de vida.

En el apartado siguiente se mostrarán los cambios en las redes sociales y el tipo de conectividad social que la emigración ha condicionado, teniendo en cuenta que el bienestar percibido por los y las inmigrantes y la percepción de vinculación social es importante para entender la salud en sus aspectos psico-sociales.

6.2.2.2. Personas significativas y tipo de conectividad (Marruecos- España): familia, amistades, vecindario

Las *relaciones sociales, los sistemas de apoyo y la sociabilidad* se transforman de manera evidente con la emigración. Cambia el entorno, la cultura, cambian sobre todo las personas significativas que rodean a la persona migrante y las formas de relacionarse. Cambian los escenarios, las rutinas cotidianas, así como las formas de pasar el tiempo libre. Algunos de sus hábitos o costumbres, como las relativas a la alimentación, serán más fáciles de reproducir en el destino migratorio. Será más complicado sin embargo mantener las formas y costumbres relativas a las relaciones interpersonales, a la sociabilidad.

Tienen pocos amigos “locales”, sobre todo las mujeres: sus redes de apoyo y sociabilidad en destino se centrarán en la familia de procreación y, sobre todo, en otras personas migrantes magrebíes y musulmanas con las que se establecerán lazos de amistad y convivencia más cercanos, y con las que compartirán algunas de las tradiciones y costumbres lúdicas más afines a su cultura: no es difícil encontrarse en las plazas y parques de Castellón y Vila-real grupos de mujeres magrebíes con su hijos

pequeños pasando sus ratos de ocio y, por otra parte, los hombres entablando conversaciones o compartiendo mesa en alguna cafetería.²³⁰ La familia de orientación, los padres sobre todo, están lejos en todos los casos analizados, las amistades también, las relaciones de vecindad son muy importantes para las personas marroquíes entrevistadas, y cuando llegan al destino se encuentran con patrones de sociabilidad entre vecinos que distan mucho de ser los de Marruecos.

Así pues, las personas significativas para *ego*, el tipo de conectividad, el grado de vinculación y la intensidad de las relaciones se modificarán con la emigración: todas las personas entrevistadas refieren en sus relatos estos cambios. Estas modificaciones, unidas a las barreras idiomáticas siempre presentes a la llegada a destino, sobre todo para las mujeres entrevistadas, suponen, o han supuesto en algún momento, un plus de aislamiento y soledad que ha acompañado al duelo migratorio más o menos intenso de todos y todas ellas. Desde una perspectiva de salud intercultural, el *duelo migratorio* es una constante: todas las personas de la muestra refieren haber tenido síntomas relacionados con el duelo migratorio. Sin embargo ninguna de ellas parece haber desarrollado el *síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple* (Síndrome de Ulises), con excepción de 6-M28-U-CM que refiere síntomas relacionados con un duelo prolongado (llanto, tristeza, aislamiento social, etc.). Además, parece que los diferentes duelos migratorios expresados por los y las inmigrantes se han gestionado de manera más rápida y satisfactoria en función no sólo de que hayan conseguido un trabajo que les resulte digno y adecuado a sus expectativas, sino por contar con una red social sólida de apoyo en destino. La vinculación social y la calidad de vida percibidas se relacionan con la salud psicológica y social. Los vínculos sociales son importantes también para la convivencia. Todos y todas desearían tener más amigos/as locales, más vínculos con la sociedad local, pero todos perciben las dificultades (barreras de índole diversa) para que así sea.

Las relaciones de vecindad, los vínculos de amistad y apoyo entre vecinos, son promovidas por la cultura árabe musulmana y en el contexto de destino pocas veces pueden desarrollarse en los mismos términos que en Marruecos. Este es otro factor que no facilita su vinculación y les hace sentirse extraños/as: los vecinos en la sociedad de acogida no cumplen el mismo rol que en Marruecos, y ellos y ellas tendrán que

²³⁰ Datos observacionales extraídos del diario de campo.

adaptarse a los nuevos patrones de sociabilidad local. Las relaciones son o pueden ser amables, pero casi siempre son percibidas como distantes. Muchos de ellos y ellas sienten esta realidad como poco acogedora. No se entiende bien este aislamiento y desconexión con las personas que viven en el mismo barrio, en la misma calle o, incluso, en el mismo edificio.

Los problemas de *traducción lingüística* aparecen en muchos de los relatos, asociados a la llegada a destino y a ellos se suman muchas veces a las dificultades de *traducción cultural* de los códigos y formas de vida de la sociedad de destino. De nuevo la variable género establecerá diferencias a la hora de entablar relaciones sociales y configurar las redes sociales y de apoyo mutuo en especial de las mujeres: no saber hablar castellano y no acceder al mundo laboral en destino se configura como un grave problema para las relaciones sociales con la subsiguiente carga de aislamiento social, o de configuración de redes sociales casi siempre circunscritas al colectivo inmigrado árabe musulmán.

- Si, cuando yo sabes hablar como... cuando yo mas aprender palabras las cosas más fácil para mí, si (3-M35-U-CT).

Más allá de los relatos de la muestra, más allá de las diferencias religioso-culturales, la barrera lingüística se muestra como una dificultad añadida a la hora de vincularse a la sociedad de acogida, como se ha podido evidenciar en muchos de los contactos informales con hombres y, sobre todo, con las mujeres magrebíes musulmanas con las que entablé relación durante el periodo del trabajo de campo, y en el tiempo posterior a él.

Familia, amistades y vecinos constituyen en origen la red social básica de todas las personas de la muestra y también sus pilares de apoyo en caso de necesidad. La certeza de que la forma de vida en Marruecos y las relaciones sociales son más estrechas, cálidas y hermosas es una constante.

- (entrevistadora: ¿Cómo era la relación con tus padres, qué recuerdos tienes, y con la familia, con tus hermanos?) En general bien, es que éramos muy atados, la verdad. Eso creo que es una característica muy notable de toda la sociedad marroquí.(entrevistadora: ¿atados en qué sentido?) Atados me refiero que las relaciones sociales sobre todo entre familiares, y no sólo entre familiares sino entre vecinos y todo esto, las relaciones sociales son diferentes de las relaciones sociales en Europa en general, no solo en España, que no son frías, aunque puede ser eso un prejuicio, pero yo creo que por lo de la modernidad y la globalización eso afectó mucho a las sociedades europeas, pero ahí (en Marruecos) las relaciones sociales son más cálidas, hay un calor y sobre todo entre familiares (8-H40-U-CM).

Así se expresa el imam de la mezquita de Castellón cuando recuerda su vida en Marruecos. A pesar de que está contento con su trabajo y su rol como imam, siente que la vida en Marruecos, la sociabilidad, el apoyo entre familiares y vecinos es más y mejor que en España. Aquí se siente extranjero,

(Entrevista traducida)

- Para él Marruecos es mejor, la felicidad también es mejor, aunque aquí también es tranquilidad y todo está bien, pero el ambiente de tu país es diferente, el ambiente que se vive ahí es diferente, él dice que es amado aún y que quiere vivir ahí. Cuando estás con la familia de la esposa, con tu familia no te sientes extranjero. (entrevistadora: ¿Qué personas eran más significativas para él en Marruecos?) Todos los que han estudiado con él tienen un papel importante en la paciencia, en la enseñanza, en la educación, los vecinos también, los vecinos te respetan mucho y la gente también ahí, como uno está estudiando los estudios islámicos, la gente te respeta más. (entrevistadora: Y sigue manteniendo sus amigos, manteniendo su red social allí?) Mucho, mucho, sí. Cuando va una vez al año siempre quiere verles a todos [...] Han sido muy importantes en su vida (entrevistadora: En Marruecos, cuando tenía alguna necesidad del tipo que fuera, porque estaba enfermo, porque su familia estaba enferma, o por cualquier cosa, ¿qué personas le ayudaban? Cualquiera de los amigos te visita, los vecinos...[...]) Allí en Marruecos si uno está enfermo todos los que le conocen le visitan y le dan apoyo[...] Y esto es cosa que se saca de nuestra religión, que es como una obligación visitar al enfermo (entrevistadora: Y cuando viene aquí qué pasa con eso, ¿lo echa a faltar o aquí tiene también una red de personas que le ayudan?) Todo es igual, el mismo respeto que tenía en Marruecos lo tiene aquí, la mayoría de los emigrantes son marroquíes y en la cultura eso también entra el respeto al imam, así que todo el mundo le respeta y le apoya (entrevistadora: ¿Y él aquí se relaciona con otras personas que no sean de Marruecos o que no sean musulmanes?, o sea ¿tiene gente española en esa red de apoyo?) El goza del respeto de todos, no sólo de marroquíes, porque los emigrantes aquí son de diferentes países, todos le respetan y todos le apoyan, y hasta los españoles, los vecinos le respetan (entrevistadora: ¿Y tiene amigos españoles?) Según su trabajo aquí en la mezquita, él no tiene mucho contacto con los españoles (2-H30-U-CM).

El género juega de nuevo una influencia importante en la conectividad social de las mujeres de la muestra, tanto en Marruecos como en España. La distancia, recuerdo y añoranza de la familia de orientación es verbalizada más por las mujeres que por los hombres. El matrimonio supone para algunas un antes y un después en sus relaciones sociales. La subordinación de género aparece reflejada en algunos relatos y la transformación/evolución de las relaciones sociales también, siempre vinculadas al matrimonio y la virilocalidad en su vida en Marruecos y, sin duda alguna, al acceso o no al trabajo en el destino migratorio. Relatos como el que sigue muestran esa evolución de las relaciones sociales con la migración:

(La informante no domina bien el castellano. La entrevista se hace sin traducción por lo que muchas veces hay que incidir en las preguntas y las respuestas pueden parecer faltas de sentido)

- (entrevistadora: ¿y en Marruecos, hasta que te casaste ¿qué hacías, con quién salías? ¿Tenías amigas, los domingos salías a pasear...?) Sí, siempre, yo siempre me gusta salir,

y cuando enfadada a coger a mi hermano pequeño y salir al mar (entrevistadora: ¿Os ibais al mar?) Sí, al mar, antes cuando yo enfadada me gustaba... (entrevistadora: ¿Te gustaba mucho ir al mar?) Mi hermano va a jugar, pero yo gusta sentada y mirar, algunas veces llorar... (entrevistadora: ¿Y por qué te enfadabas, con tus amigas te enfadabas?) Tonterías, con amigas no, con mujer de mi padre, con trabajo algunas veces fuerte, algunas veces se cree tal el dueño y no me gusta...(entrevistadora: ¿Te disgustabas?) Pero con mis amigas no tengo problemas (entrevistadora: ¿Tenías muchas amigas allí en Marruecos?) Sí, antes de casarme sí, yo tengo fotos con amigas mías, sí. Hay una amiga que prefiera, que tengo fotos con ella, que trabaja con mi hermana, el mismo fábrica, y dice tu tienes una cara de una amiga mía, mi hermana dice: tráeme fotos de ella, cuando viene con fotos dice: ese es mi hermana, sí. Ella pobre casa y después el marido de ella ha muerto y deja una chica... Y se ha quedado viuda y sigue trabajando en la fábrica y cuidando a su hija. (entrevistadora: ¿Y entonces qué hacíais: ibais a pasear por Tánger, ibais al cine, que hacíais?) Al cine yo paseaba con las amigas con el hermano pequeño, porque el hermano de detrás de mí, mi marido un poquito duro...[...] (entrevistadora: ¿Y cuando te casaste, salías con tus amigas...?) No, (entrevistadora: ¿Y con quién te relacionabas entonces, con las hermanas de A., con las mujeres, con quién?) Primero yo salía y me sentaba con ellos, pero después me sentaba a esperar cuando viniera (Su marido) (entrevistadora: ¿Estabas en casa y ya está? Sí, sola en casa con mi hijab (ego no utilizaba hijab antes del matrimonio)... No daba tiempo también, no tengo ganas (entrevistadora: ¿No tenías ganas tampoco de ir por ahí?) No, pero cuando mi marido viene a España yo sale con mis cuñadas, familia de A... también... (3-M35-U-CT).

En el contexto de acogida, sus hijas serán, como en Marruecos, las personas más significativas, “*lo más importante en su vida*”. De los recuerdos de *ego* en Marruecos, a parte de su madre, su padre y su familia de orientación, recuerda con especial cariño a una tía materna, que la apoyará y ejercerá de partera en los nacimientos de sus tres primeras hijas. De los comienzos de su vida como emigrante recuerda la tristeza por la falta de su familia de orientación y de sus amigas (duelo migratorio presente)

(3-M35-U-CT en contexto de acogida...)

- Un poco triste porque una vida nueva, tú no sabes hablar, no sabes gente, dejar toda familia allí, un poquito todo. (entrevistadora: ¿Y te duró mucho tiempo la tristeza?) Cuando yo empiezo a aprender a hablar español y también cuando mis hijas hablar, sí, cuando yo sabes más gente (entrevistadora: ¿Conoces a más gente?) Sí, poquito a poquito [...] Aún estoy triste al momento (entrevistadora: ¿Aún ahora te pasa?) Sí, cuando, por ejemplo, ahora en este momento todas las chicas necesitan trabajar, algunas veces yo he trabajado, ellas sentadas en casa, ahora yo sentada mi amiga trabaja, antes yo trabaja, no tenemos tiempo de hablar, necesitamos del idioma de nosotros para hablar, hablamos de esto... (entrevistadora: ¿aún te sientes un poco triste?) Sí, también tengo amigas españolas, pero hasta el momento todas trabajan, no se pueden dejar el trabajo para hablar contigo, pero... el sábado y domingo mi marido en casa, que no tiene trabajo, no se puede... llamado otra chica para...trabaja toda la semana, cuando sienta con él llama otra chica, no se puede. (entrevistadora: No te vas a ir...) No se puede, da un poco de vergüenza, por ejemplo, él trabaja toda la semana, cuando él quiere sentar con ti con la familia...Tú te vas.[...] Un día dentro de semana casi todas trabajan. (entrevistadora: cuántos años llevas aquí? Seis (entrevistadora: tienes más amigos de Marruecos, también tienes amigos españoles... ¿Con quién te relacionas aquí?) Que más tengo de amigas es españolas...Sí, más españolas (entrevistadora: ¿Y te llaman, y tú las llamas...?) Mi vecina de abajo, también...Y otra cuando ella está dentro de casa y me ha visto en la calle: N..., N...(la llama por su nombre) (entrevistadora: ¿Y tienes confianza con

ellas...?)Sí tengo confianza, porque cuando yo dice una cosa no repite otra, cuando dice una... hablo con una chica dice las cosas pero yo no voy a contar a otra amiga de nosotros (3-M35-U-CT).

Otra de las mujeres relata así su experiencia tras la emigración y las dificultades para vincularse a la sociedad de acogida cuando al duelo migratorio se le suma la barrera del desconocimiento del idioma. La informante ya se siente bien en Castellón, tras pasar un periodo de duelo por la lejanía de su familia, y también tiene ya amigas marroquíes, pero ninguna es española.

(Entrevista traducida)

- No es que no le gusta España, al revés, le gusta pero hay una cosa, por ejemplo de la familia, se queda unida con la familia, unida con sus padres, con los amigos. Aquí no, aquí está sola, aquí otros amigos, y cuando uno está acostumbrado de un pueblo o de una ciudad, cuando viene a otro país es difícil, y el idioma, no sabe el idioma, y la gente, que no conoce la gente la primera vez, hasta que pasa me parece un año. Una vez casi se ha escapado de la casa de aquí. (entrevista: Sí, ¿por qué?) Sí, quiere volver a Marruecos, porque está sola. [...] Bueno, ha empezado a conocer a la gente, estaba estudiando un poquito el idioma, ahí en la Cruz Roja. (entrevistadora: ¿Ahora sigues yendo a estudiar español?) Sí, ahora estudia en la mezquita también.. Eso es importante, para trabajar, para cualquier trabajo... Claro, porque el trabajo sin el idioma es difícil... Es complicado, para cualquier trabajo te piden... para que puedas comunicarte... (entrevistadora: al principio lo pasaste mal...) Sí (entrevistadora: ¿Cómo te comunicas con tu familia...?) Ella cuando ha subido la última vez, el año pasado, cuando ha vuelto ha dejado a todo el mundo llorando, a sus vecinos, a sus padres, sus amigas. El contacto con la familia, bueno, a veces se llama al teléfono, por ejemplo si salimos por la tarde hace un toque [...] El locutorio, sí, porque es un poquito barato, el móvil cuesta el triple del locutorio. Bueno, por ejemplo el domingo lo llevo al *ciber*, y su madre también bajaron a un *ciber* ahí cerca de la casa, y hablado con el micro, la cámara está encendida, ven a los dos, ven a la niña, ven a su madre, sus hermanas (entrevistadora: ¿estás a gusto en Castellón?) Le gusta Castellón mucho. Le costó acostumbrar aquí en Castellón hasta que nació M... (su hija). Cuando nació M...es otra cosa, porque cuando tienes hijos ya no piensas en otra cosa. (entrevistadora: Cuando llegaste a Castellón, conocías a alguien?) Cuando ha llegado Castellón la primera vez no, ninguno... (entrevistadora: ¿Y ahora tienes amigas en Castellón? Ahora amigas, madre mía...[...]) (entrevistadora: son buenas amigas...) Sí. (entrevistadora: ¿Y amigos?) No (entrevistadora: Están muy separados ¿verdad? Los mundos de los hombres y las mujeres...) Sí (entrevistadora: ¿En Marruecos también?) Sí también. Sólo la familia [...] (entrevistadora: ¿Si ahora necesitas ayuda a quién se la pedirías aquí en Castellón?) Dinero ninguna, de Marruecos de dinero creo que no puede ayudarte, pero de la casa sí, de limpieza o algo así... (entrevistadora ¿Cuándo nació M... tus amigas vinieron a ayudarte? Sí, estaban aquí todos (10-M29-R-CT).

La percepción de bienestar personal y de mejora de la calidad de vida tras la migración dependen, como ya se ha mostrado, del acceso al mercado laboral y del nivel socioeconómico alcanzado por la familia de procreación en el contexto migratorio. Pero no sólo depende de estos factores: condicionantes psicológicos personales influirán en el sentimiento y la percepción de bienestar o de tristeza y en la posible prolongación de los duelos migratorios. Las causas que les llevaron a emigrar y las expectativas puestas

en el proyecto migratorio personal también influirán en la percepción de bienestar y en el grado de vinculación con la sociedad de acogida. Así mismo, como ya hemos visto, aprender castellano y poderse comunicar sin grandes barreras idiomáticas facilita su adaptación al nuevo medio sociocultural y su vinculación social. Esta informante explica bien las dificultades que, según ella, tienen muchos marroquíes inmigrantes para aprender el castellano y poderse comunicar bien. Aunque sin olvidar ninguna de las anteriores variables, la vinculación social depende de la comunicación lingüística. Cuando la barrera lingüística es muy notoria el repliegue religioso-identitario es casi inevitable y la adaptación difícil puesto que será también difícil la traducción cultural del nuevo contexto de vida,

- [...] Aquí no estoy contenta con la vida que tengo. (entrevistadora: Cómo te gustaría que fuera tu vida aquí, qué echas en falta?) Pues me falta pues mucho: me falta mi madre, me falta que toda mi familia estar aquí, me falta que un poquito de respeto de la gente de aquí a nosotros, al menos con las ortodoxos marroquíes, un poquito de respeto, me falta que si yo fuera mi país aquí, estoy aquí. (entrevistadora: Cuando llegaste a Castellón, ¿quién te ayudó?) Aquí? Nadie, nosotros los dos (su marido y ella) (entrevistadora: Ahora tienes amigos aquí?) Bueno, sí, algunos (entrevistadora: ¿y amigas, buenas amigas?) No, amigos no, pero amigas sí que tengo, amigas compañeros de trabajo, compañeras. (entrevistadora: ¿Te sientes a gusto con la gente que conoces aquí? Bueno, a gusto a gusto no, pero... Yo qué sé, no...yo qué sé, me parece que hay gente que, hay gente que me parece para mí no entiendo a ellos, gente que son muy raros, me parece a mí, la gente que conoce yo, digo yo... (entrevistadora: ¿gente española?) No, no, lo mismo, de Marruecos y españoles, rumanos (entrevistadora: Pero no tienes así ninguna amiga especial?) Amiga, amiga no... (entrevistadora: Con la que le tengas confianza y con la que salir a pasear...?) No. (entrevistadora: Estás a gusto con el trabajo que haces o quizá te gustaría tener otro trabajo o haber hecho otra cosa...?) A ver, me gusta mi trabajo, no, pero bueno, no hay algo para elegir. Bien, bueno, a gusto a gusto no. [...] (entrevistadora: te hubiera gustado estudiar algo, trabajar en otra cosa, o estás conforme con lo que has hecho hasta ahora?) No, hombre claro, con otra cosa mejor... Ay... (entrevistadora Me lo dijiste, no?) Médico [...] el idioma, no hablar bien español, sido un problema ti alguna vez., el no poderte comunicar?) No, yo el primer año no, pero ya el segundo año ya, cuando trabajas con más gente y más personas ya aprendí el idioma. Bien, bien no hablo bien, pero bueno, sí, sí, es un problema para la mayoría de los marroquíes (entrevistadora: ¿Para la mayoría?) Claro, depende de las personas cómo son, hay gente que lleva aquí más de diez años o veinte años y no hablan nada, nada, ni una palabra de español (entrevistadora: ¿y por qué crees que ocurre eso?) Yo qué sé, hay gente, como has dicho tú, que tu hija no quieres que estar con un español para aprender rápido, pues estos vivir con los marroquíes, trabaja con los marroquíes, cuando quiere algo si va con él un marroquí para explicar a él, pues ya está, se acabo (entrevistadora: No tienen necesidad de aprender...) Exacto, y como hay gente que son mayores ya, no quieren aprender, y además hay gente que no saben estudiar nada, que no saben ni leer ni poner su nombre, pues tampoco no quieren aprender [...] (entrevistadora: te sientes bien integrada aquí en España o te sientes de alguna manera excluida?) Integrada no (entrevistadora: Cuando viniste a España, el primer tiempo de venir que aún no podías hablar bien el idioma, te costaba, ¿te sentiste triste muchas veces?) Uf, muchísimo. [...] Hay veces que cuando estoy triste, triste, me gusta llorar, para que me puedo... (entrevistadora: ¿desahogarte?) Un poquito (entrevistadora: Aún lloras, H...? Ay, mucho (6-M28-U-CM).

Otro de los informantes explica muy bien las dificultades para adaptarse e integrarse en la sociedad de acogida, a pesar de que en su caso nunca estuvo solo y contó con la red de amistades de una hermana y un hermano que ya vivían en la provincia de Castellón. Su movilidad social a su llegada a España fue descendente: en Marruecos era inspector de policía y aquí empleado de fábrica, pero su duelo migratorio estuvo muy matizado por el apoyo de sus hermanos y porque pronto comenzó a estudiar y consiguió un buen trabajo. Además no tuvo barreras idiomáticas: hablaba muy bien el castellano porque lo estudió en la universidad.

- [...] Ya en septiembre, después de lo de las torres gemelas, yo llegué aquí quince días después...Sí, vine en ese momento malo, claro, menos mal que mi hermana ya tenía aquí más o menos una red de amigos, amigas, yo tenía aquí unos amigos de mi barrio que estaban en el pueblo de Onda, del barrio, amigos de aquí, y empecé a moverme, encuentro a marroquíes con estos chicos, y encuentro a autóctonos con amigos y amigas de mi hermana, que la verdad, me acogieron muy bien (entrevistadora: ¿Españoles?) Sí, españoles, me acogieron muy bien, me sacaron, me pasearon, me enseñaron, bien, bien, al principio bien. Empecé a trabajar, el primer trabajo de servicios, en una empresa donde arreglábamos bañeras, y a partir de ahí ya azulejeras y lo demás. Y nada, y viene pues las historias, los típicos chistes con los compañeros de trabajo, todo lo demás, y ahí te das cuenta y lo vives mal, porque ya te digo, es un salto muy, muy, muy grande, de estatus social, sobre todo, cambia. De ser alguien, que todo el mundo te abre puertas, todo el mundo te... señor, señor, pasa por aquí, que ves que la gente cuando tú pasas tiembla, y que llegas aquí y eres un don nadie. [...] (entrevistadora: O sea que lo pasaste mal..?) Sí, al principio en ese sentido sí. En el trabajo, a veces, pues compañeros que ves tú, muchas veces y dices por nivel de estudios, por tal, a ver, ese señor vamos a ver quién se cree que es, por ejemplo, ¿me entiendes? No puedes contar tu vida, dices si tú me conocieras a mí, si es que no me conoces, y me juzgas y me prejuizas y tal, pero no sabes nada de mí [...] (entrevistadora: ¿tenías amigos también entre los compañeros, o los amigos no eran del trabajo?) No, amigos no. compañeros de trabajo (entrevistadora: ¿Pero amigos aquí sí que tenías?) Amigas sí, siempre he dicho una cosa: las mujeres son el España más valientes que los hombres, y eso lo digo siempre en voz alta. En las empresas que he trabajado donde había chicas, he tenido más relación con chicas que con chicos. Relación con todo el mundo, en el trabajo, pero fuera del trabajo ningún chico, pocas veces me ha dicho a ver si quedamos para tomar una cerveza, en el trabajo sí, sí, bromas, tal, y si hay una comida de empresa bien, pero alguien que me diga vente, vamos a salir, las chicas igual decían vente con nosotras, vamos a salir hoy de marcha [...] (entrevistadora: Y aquí tenías a tu hermana y a tu hermano...) Sí, claro también eso es importante, porque a lo mejor lo que llamamos el duelo migratorio no lo he vivido tan mal como otros. Tuve mi duelo, mis momentos, de días ahí de pensar en volver [...] Pero tenía aquí alivio, estaba mi hermano, mi hermana (entrevistadora: O sea que por ese lado has estado bien...) Sí, siempre he tenido... además los amigos, el idioma... Claro, yo cuando vine hablaba mi castellano, igual lo he mejorado aquí, pero vine con mi bagaje, tampoco... no tenía problemas para comprar tabaco ni para entrar en un bar, ni para decir hola, ni para entablar una conversación, ni para hablar en una discoteca (entrevistadora: Te podías comunicar...) Claro, yo creo que es una ventaja (7-H43-U-CT).

También hace referencia y compara los hábitos lúdicos que él tenía en Marruecos y en España e introduce un elemento interesante en su relato: la

heterogeneidad de un país como Marruecos no se puede abordar desde los estereotipos reduccionistas:

- (entrevistadora: Has comentado la discoteca, ¿tus hábitos lúdicos, de divertirse, de vivir en Marruecos, a cuando vienes aquí cambian?) Mucha gente no me cree, pero yo digo que poco. Es que Marruecos es muy grande y cada marroquí vive en su mundo. En mi mundo ya existía la discoteca, ya existía el ambiente, el baile. El cambio, pues a lo mejor que la discoteca aquí cierra tres horas más tarde, entiendes, cierra a las tres y media de la noche (7-H43-U-CT).

Todos los relatos recogidos señalan este elemento diferenciador entre Marruecos y España: las relaciones cálidas y amicales entre vecinos en Marruecos y las relaciones de vecindad más frías y distantes, menos intensas en España. El mismo informante hace referencia a los patrones diferenciales de sociabilidad entre amigos/as y con los vecinos/as. Entiende que son patrones de conducta culturalmente diferentes, pero no le gustan. Destaca el rol ejercido por los vecinos cuando algún familiar muere: el vecindario es un gran apoyo psicológico y material en estas situaciones de dolor y de pérdida. Los vecinos en Marruecos también cuidan de los hijos de los otros vecinos cuando están jugando por el barrio, se cuidan y se ayudan. Todo el mundo se conoce en el barrio. La hospitalidad va ligada a la ayuda mutua en las relaciones de vecindad en Marruecos. El cambio es enorme a la llegada a destino,

- [...] El vecindario: yo aquí no sé cómo se llaman mis vecinos. Si quiero saberlo lo veo en el portero automático, aquí nos decimos hola, hasta luego. Ahí, en un edificio como éste, por ejemplo, de seis viviendas, esto sería uno que entra aquí, mi hijo estaría ahora en casa de no sé quién, tu hijo está por aquí, sería un alboroto. Todo el mundo va a la casa de todo el mundo. Y por la mañana todas las mujeres pues, dame sal, me falta harina, dame arroz, a las doce de la noche para pedirte... (entrevistadora: eso también facilita mucho la convivencia, son factores que crean comunidad, que crean convivencia, vínculos...) Claro, la gente se conoce, pero se conoce bien, y con el tiempo yo voy conociendo hasta a la familia del vecino[...] Por eso aquí se dice, es que todos sois primos. Sí, nos consideramos primos, porque nos tratamos. Si uno es de mi barrio, o si es de mi ciudad, ya es como un primo para mí. Además si está fuera... (entrevistadora: Y os ayudáis también entre los vecinos, si un vecino está enfermo, si tiene una necesidad económica...) Si un vecino está enfermo estará todo el vecindario metido en su casa ahí, encima de la cama, no le dejarían ni respirar, todo el mundo encima, claro. (entrevistadora: Estará bien acompañado, entonces...) En la muerte, por ejemplo, cuando murió mi madre. Cuando se muere tu madre durante tres días, ahora, porque antes era más, durante tres días tú no puedes, lo que dicen ellos, encender fuego en tu casa. No puedes ni debes. Es decir mi vitrocerámica, si se muere alguien aquí no debería de funcionar, porque todos los vecinos, por turnos, me traen el desayuno, la comida, la cena, yo no debo tocar la cocina, yo tendré que dedicarme a mi duelo, mi familia, claro. En un mismo edificio, aunque estuviéramos peleados, pero si alguien se muere aquí, el vecino va a venir, me va a pedir perdón, lo siento, ya hablaremos de lo otro, y me traerá el desayuno... algunos se entienden y se turnan, otros a lo bruto. Dicen ¿tú te encargas del desayuno? Yo me encargo de la comida, otro, yo me encargaré de la cena, y mañana tal, yo tendré aquí comida para un regimiento, no solamente para mí, porque... (entrevistadora: Y te acompañarán también, ¿no? te acompañan en el duelo) Claro, y

tendrán en cuenta, te digo, porque la comida no va a ser solamente para mí, porque tendrá en cuenta que vendrá mucha gente, porque mi casa estará llena durante mucho tiempo, y tendrá que ser comida para mucha gente todos los días, no para S..., M. y H..., porque en mi casa, si se muere alguien, la casa está llena pero durante mucho tiempo. (entrevistadora: Y son tres días...) Ahora mismo son tres días, antes eran más. Bueno, tampoco quiero exagerar, lo que sé que se hace en Tetuán, a lo mejor vamos a Marrakech y dura quince días. La gente del sur es más fuerte en esto, y más generosa que la gente del norte, tengo que admitirlo (entrevistadora: Me estás diciendo más aún...) En el sur es más, es mucho más exagerado (7-H43-U-CT).

Resulta muy interesante la reflexión de otro de los informantes cuando compara las relaciones sociales e interpersonales entre Marruecos y España y ve similitudes en los patrones relacionales que también existían en España décadas atrás. Él afirma que, efectivamente, las relaciones interpersonales en Marruecos son aún más cálidas y cercanas que en España, especialmente entre vecinos y familiares, pero que esta realidad está también en transformación por diversos factores, entre ellos la globalización económica y el individualismo más ligado a la vida en las ciudades:

- [...] a nivel de eso cuando hablé de las relaciones sociales que ahora ya no son tan cálidas como antes y eso, amigos que te he dicho que son buenos amigos (españoles) y todo eso nos dijeron que hace 30 o 40 años era igual que en Marruecos, que eso ha cambiado por otros factores. Yo creo que eso de la globalización y todo eso, entonces la sociedad se ha hecho más individualista que antes, antes la gente las relaciones entre los vecinos... (entrevistadora: Los vecinos en Marruecos son muy importantes ¿verdad?) Hasta ahora, pero claro, yo no te digo que se han cambiado también otros contextos en Marruecos, por ejemplo en las grandes ciudades, más o menos, es como aquí ahora, Casablanca, Rabat, Tánger, y todo eso, las ciudades, grandes, pero claro, en las ciudades pequeñas o medianas como mi ciudad aún siguen las relaciones más cálidas, más cercanas, entre los vecinos, entre los familiares, aunque sea un familiar lejano, pero claro, siempre compartes con él cosas como si fuera un hermano (8-H40-U-CM).

Las relaciones de vecindad en el destino se viven, en general como algo paradójico. La distancia del vecindario es un elemento más de la soledad del migrante marroquí cuando llega a su destino. Los vecinos/as, además de compañía y amistad, te cuidan en caso de enfermedad si así lo necesitas, te acompañarán al médico si es preciso. Así lo relata una de las informantes,

- (entrevistadora: ¿con tus vecinos también tienes relación igual que en Marruecos que la gente tiene relación con los vecinos?) No (entrevistadora: ¿y te gustaría?) Claro que me gustaría, a veces te gustaría que te tocara tu vecina a la puerta, eh, he venido para tomar café, o baja que te estoy esperando con café, trae el niño y baja, por ejemplo, o mira he puesto una cosa dulce, pruébala, o cuando estás mala te toca la puerta, qué quieres, como no te puedes levantar... (entrevistadora: Eso pasa en Marruecos ¿no?) Claro, me refiero que me gustaría tenerlo aquí, por ejemplo ahora en la vivienda ésta nueva no conozco a nadie, menos hola, hola, no saben nada de mí ni yo de ellos, menos hola nada, claro, me gustaría conocer a las vecinas, pero...[...] (Entrevistadora: la ayuda es solamente entre familia o también vecinos...) Estoy hablando de ayuda grande, por la noche que esté pendiente de ti, pero esas cosas que te toca a la puerta y qué quieres, has hecho por

ejemplo comida o quieres que te traigo el pan, no puedes salir, esto también de vecinos (entrevistadora: Entre vecinos también...) ¿quieres que te acompañe al hospital para que no te sientas sola?, eso sí, entre vecinos también. (entrevistadora: ¿y aquí en España has notado diferencia con eso?) ¿Cuando estoy mala o algo? (entrevistadora: Sí, ¿es lo mismo Marruecos que España a la hora de que la gente se cuide?) Que va, es muy diferente, aquí si no está tu marido en casa o tu hijo para darte un vaso de agua... yo creo que te mueres y hasta que no haces olor mal no se siente nadie si estás aquí o no (1-M35-U-CM).

Muy interesante y a destacar resulta el relato de este informante que explica de una manera muy explícita y hermosa la convivencia interreligiosa e intercultural a partir de las relaciones de amistad, solidaridad y apoyo mutuo entre los vecinos/as del bloque de viviendas en las que su familia y él mismo ha vivido en Tánger. Para él el choque de civilizaciones y de religiones es una falacia, un constructo que no tiene su correlato en su experiencia de vida. Su edificio y sus vecinos ilustran bien la convivencia intercultural e interreligiosa que, según él, siempre ha existido en Marruecos. Respeto y conocimiento del otro es la clave. Desde una perspectiva *pazológica* merece la pena no obviar su voz:

- [...] La verdad es que a mí nunca nadie me puede engañar ni me puede hablar de choque de religiones o choque de civilizaciones, eso no, ¿por qué? Porque no es una teoría, a veces la gente habla de interculturalidad, interreligiosidad, esas cosas pero lo dice porque lo piensa, por una filosofía, una teoría que dice que sí, que eso ha pasado, puede ser, pero yo lo he vivido de carne y hueso, por eso yo lo digo pero lo digo convencido de que nunca las religiones o las culturas pueden ser un motivo de choque, porque yo sí que lo he vivido, lo he vivido con mis vecinos que eran de diferentes religiones, había españoles, los judíos eran marroquíes, no eran españoles, pero sí que hemos vivido juntos y nunca hubo un... al contrario, es diferente ver cómo sí que... esto te enseña más de tener todos los vecinos musulmanes, es al revés porque yo me acuerdo de mi vecina A..., que era española, y ella siempre nos invitaba al árbol en navidades y todo, nos daba eso que salía, nos ponía unos sombreros, así que era vivir esto también que a lo mejor no era parte de la cultura marroquí, pero yo lo tenía y yo lo vivía, eso es algo... por eso te digo que las culturas no chocan, las culturas enriquecen a la gente, yo me sentía feliz cuando me invitaba, cuando mi madre, la verdad es que era curioso, me acuerdo que en las fiestas hacíamos dulces igual que estos, y mi madre siempre me decía, hacía platos y nos tocaba a nosotros llevar los platos a los vecinos, a cada uno le tocaba un vecino, teníamos que ir a llamar, esto que te lo manda mi madre, y después al otro, y también todos hacían esto, y tú ves una fiesta y mi vecino también, M..., que tienen una fiesta los judíos del pollo, así que un día cocinan pollo, y él siempre, como vivía sólo, traía dos pollos, uno para él y uno para nosotros. Mi madre lo hacía, le preparaba el pollo para él, no lo cocinaba pero sí que lo lavaba y todo, y lo trae para nosotros, así que era vivir entre todos y todos como era en el mismo edificio las ventajas las compartíamos todos, los problemas también que nos tocaba a todos, si hay un problema en la azotea a todos, por eso, si esto se puede vivir en un edificio también se puede vivir en un barrio, también se puede vivir en una sociedad [...] el punto clave era el conocernos, es conocer al otro, el problema ahora es que no nos conocemos entre... en el mundo, por eso los medios de comunicación nos dicen una mentira y todo el mundo la cree porque no conocemos el otro, pero cuando convives con el otro lo conoces más, y cuando lo conoces ya te dicen algo y tú dices no, no, que él no es así, o dices que sí que es así porque tú lo conoces, yo creo que eso es la clave de todo entre los vecinos, nos conocíamos muy bien, así que no es algo específico

sino más bien creo que era eso, que todos nos conocíamos y de ahí que ni todos somos buenos ni todos somos malos (4-H34-U-Cm).

Llama la atención también la necesidad de proximidad de la gente en Marruecos y el aislamiento e individualismo más marcado en la sociedad de acogida: el uso diferencial del espacio público es notorio:

- [...] Lo que yo hago aquí es inconcebible, vivir aquí sólo con cinco vecinos más, cinco casas más, no es un edificio de treinta, son cinco casas más, y que nunca haya entrado en casa de nadie, nadie haya entrado a mi casa, no lo entiendo. Ahora sí me estoy integrando, me estoy transformando, porque no estoy invitando a nadie, no hago nada (entrevistadora: Pero te estás integrando...) Al revés, claro, a veces digo S... En unos valores que no son tan positivos. Digo, ¿y si vamos e invitamos a esta...? A lo mejor piensa que estamos tontos, de llamar y toma, prueba esta comida, y muchas veces lo hemos pensado, no pues no lo hago, ¿lo entiendes? Pero he pensado hacerlo muchas veces... (entrevistadora: O sea que el aislamiento aquí es mucho mayor) La gente necesita verse, vivir cerca, la gente... otra cosa, en Marruecos vivimos mucho la calle, pero nosotros, a mí me da pena mi hijo, mi hijo no vive la calle como yo la he vivido, o como la viven los niños en Marruecos ahora. Mi hijo ahora mismo en Marruecos estaría corriendo en la calle, solo, a esta edad solo, no tengo que llevarlo al parque y estar ahí cuidándolo, porque mi barrio cuida de mi hijo, todo mi barrio sabe que es hijo de M..., no va a venir nadie e tocar a mi hijo o a molestarlo, es más, si mi hijo hace una tontería, un mayor va y le va a dar una hostia, y le entraré y.... ¿entiendes? Uno cuida del otro.[...], yo me fui a trabajar a Alcalá de Xivert y cuando nos sentamos con la trabajadora social, una de las primeras preocupaciones que pensaban que el mediador intercultural marroquí iba a solucionar que por qué la gente estaba en la plaza, la gente se quejaba porque todos los marroquíes estaban todo el día en la plaza del Ayuntamiento parados, era un problema, había que decirles que no era así. Imagina si eres la mediadora a ver ¿cómo arreglas ese problema? Y yo le digo, pero yo pienso que no puedo decirle a una persona que no esté en un sitio en la calle (entrevistadora: Es un espacio público) Es que es su derecho, él puede pasar, a menos que moleste, ¿molestan? No, pero es que... ¿qué es, por la estética? Yo ahí en plan malo, digo, yo no puedo hablar, no puedo [...] Hicimos un trabajo para saber de qué zona venían, cómo se vive en esa zona en Marruecos, Marruecos es muy grande, yo vivo de una manera y esa persona, por ser de equis provincia en Marruecos vive de otra manera, y ahí descubrimos que la mayoría venía de una zona urbana de Marruecos, y todos o casi todos se conocían, eran primos y tal... (entrevistadora: todos se conocían) Claro, y todos venían de zonas rurales, pueblos, todos venían de tres pueblos, porque hablo de pueblos, puebluchos, no te hablo de Villareal, pueblos sin luz aún, sin agua potable, con agua pero que tienen que ir al pozo a traerla. Entonces todos se conocían, esa gente pues ahí en Marruecos se pasa el día ahí en el centro del pueblo hablando, como no tienen mucho trabajo, tienen poco, es más, la calle se vive... [...] Y la gente viene aquí y claro, y dices intégrate, cómo hago, pues quédate en tu casa (7-H43-U-CT).

Los patrones de sociabilidad diferentes entre España y Marruecos pueden explicar también la permanencia de lógico duelo migratorio más o menos profundo y duradero tras el viaje y la llegada al nuevo destino. Este duelo migratorio que, como ya se ha comentado anteriormente, aparece relatado en todas y cada una de las entrevistas, tiene que ver con la distancia física y mental del contexto de origen, de las personas queridas, de los referentes culturales, pero también con el choque cultural por las

relaciones sociales diferentes entre ambos contextos. La necesidad de adaptarse a unos códigos relacionales diferentes tanto en su tipología, intensidad y frecuencia se hace imprescindible. Conseguirlo es un reto para toda persona inmigrada y de su superación dependerá también el mayor o menor grado de vinculación social con el nuevo mundo de vida, la mayor o menor integración, o el mayor o menor repliegue identitario. En definitiva, de su superación dependerá también la percepción de bienestar en destino. El relato que sigue es explícito: la persona que nos habla se sintió “*como pez fuera del agua*” a su llegada a Castellón. En Marruecos trabajó como profesor en un liceo, en una asociación cultural y en otra de derechos humanos. Aquí, muchos de sus nuevos amigos no tienen la misma formación ni las mismas inquietudes intelectuales:

- [...] Entonces claro, yo quiero hablar de ese tema que tuve como la mayoría de la gente, aún no me duró mucho ese duelo, pero tenía nostalgia al contexto donde vivía (entrevistadora: Y a los amigos también...) Y a los amigos, claro, porque tenía... aunque tenía pocos amigos íntimos, pero claro, teníamos el mismo nivel, los mismos principios, como si sacas un pez del agua. Me sentía perdido. [...] (entrevistadora: Ya estuvimos hablando del duelo migratorio. ¿Cómo lo viviste tú, crees que pasaste ese duelo?) Sí, un poco corto pero sí que lo he vivido (entrevistadora: ¿Y qué notabas, qué síntomas notaste de ese duelo?) Sobre todo lo que te dije el otro día, nostalgia a la manera de vivir que llevaba ahí en Marruecos, sobre todo los amigos y todo eso, cómo llenar el tiempo libre. Claro que como vivía en un pueblo pequeñito me ha ayudado de una parte mi hermano, tenía amigos y todo eso pero no los veía todos los días, una vez en el mes, una vez en 20 días, que organizábamos comidas y charlábamos, lo que yo sentía que necesitaba alguien de mi nivel, que tenga los mismos intereses para poder charlar. Yo tenía la costumbre de pasar muchos ratos con los amigos, charlar un poco, siempre me ha gustado eso. Yo me sentía que me faltaba algo. Eso aparte de la necesidad de estar con los familiares, porque el duelo migratorio ya sabes que es la separación del lugar, la separación de los familiares, la separación de los amigos, la separación de los referentes culturales en general, todo eso me ha afectado pero sobre todo esto, que no tenía amigos con quien poder estar más cómodo, porque la mayoría de la gente, éramos pocos, y la mayoría de la gente tenía otros intereses, entonces claro, me sentía un poco... es verdad que mi hermano más o menos me parece también charlaba con él Yo lo que pasé un poco duro fueron los seis primeros meses que he estado aquí en España [...] Si, mucha nostalgia sobre todo a la familia y al entorno de amigos que tenía. (entrevistadora: ¿Lo superaste?) Más o menos, por decirlo, un año. Después me adapté al ritmo de la vida aquí [...] Es que una cosa, en Marruecos por ejemplo puedes encontrarte, tener relaciones sociales durante la semana, ¿sabes?, entre semana y fin de semana, pero claro, por circunstancias del trabajo, de la vida y todo esto aquí no ves a los amigos y los conocidos entre semana, cada uno en su trabajo, entonces claro el fin de semana o a veces dos semanas después, es que la cosa está un poco diferente, no como ahí. Se nota que cada país tiene una situación diferente a nivel de las relaciones sociales (8-H40-U-CM).

Las sociabilidades diferenciales, la percepción de “ser diferentes” por parte de los y las migrantes marroquíes a la hora de utilizar los espacios públicos, como hemos visto, también podría explicar la aproximación a las mezquitas de muchos migrantes

varones como una forma de *cobijo social*, de apoyo y acompañamiento en el contexto de llegada:

- [...] A ver, vamos a trabajar esto, por qué te tengo que asustar yo con dos chicos en una plaza, parados, hablando. ¿por qué te voy a asustar? Y ya te digo, en Marruecos eso no es un problema, es lo normal, lo que no es normal es que encuentres una calle vacía, por ejemplo este pasaje vacío, no es normal un pasaje vacío, donde vivo yo, algo pasará si no hay nadie, tiene que haber gente, pero vayas donde vayas, y si algún día vas a Marruecos quiero que lo veas. Si ves gente ahí en las esquinas parada, un grupo aquí, son gente de ese barrio, están en su barrio. No vas a ver a un tío que no esté en su barrio que se vaya ahí... no, no, él está con su gente en su barrio. Ése es mi barrio, por donde puedo estar. [...] pues voy a integrarme, esta gente no va a... pues voy a ir al bar, si yo voy al bar y no me tratan bien, o me dicen que no vuelva, entonces qué hago, dónde me quedo, y entonces empiezo a ir a un bar a donde sólo van marroquíes, ya tenemos gueto, ya tenemos...(entrevistadora: ¿tú crees que hay guetos aquí?) Sí, hay mundos...Y desgraciadamente todo el mundo acaba integrándose en la mezquita, y en la mezquita empiezan a salir cosas, y a partir de ahí...una cosa muy importante: muchas chicas han venido aquí sin pañuelo y se han puesto el pañuelo aquí. ¿qué te parece? (entrevistadora: Pues que debe ser una manera de afianzar su identidad...) Porque llego, nadie me da bola, como dicen los argentinos, nadie me hace caso, no puedo estar con nadie, la gente siento que no me quiere, la gente, como te dije, no me invita a ir con él y a salir, y estoy solo, yo tengo que pertenecer a algún grupo, tengo que ser de alguien, y si el único grupo que me abre la puerta es el de la mezquita, pues me pongo el pañuelo. Al menos pertenezco a un grupo. Y entonces desafío a todo el mundo. Muchas veces. (entrevistadora: Y también por la ayuda ¿no? porque también si ahí tienes necesidades, porque no todo el mundo viene a lo mejor al principio con permiso de residencia, papeles, y de repente ahí tienes, te sientes acogido ¿no?) Claro, claro, de eso se trata (7-H43-U-CT).

Otro de los informantes percibe de igual manera la conexión en Castellón del colectivo árabe musulmán marroquí con la mezquita, y añade una propuesta interesante para la integración y mayor vinculación de este colectivo de migrantes con la sociedad de acogida: que hubieran *asociaciones culturales laicas* desde las que poder fomentar el *(re)conocimiento mutuo y la convivencia intercultural*, gestionando la conflictividad que de ella se deriva. Para él la integración en la sociedad de acogida requiere el esfuerzo de todas las partes implicadas en el proceso y cree que hay mucho trabajo por hacer,

- (Entrevistadora: ¿te sientes vinculado a esta sociedad en la que estás viviendo ahora, aquí? ¿Cómo dirías que es tu vinculación?, buena, mala...) Sí, hasta un punto bien, yo, por ejemplo bien, no pasa nada, pero claro, no hay que ver, es que nosotros hacemos un esfuerzo, la gente, no sólo nosotros, el esfuerzo tiene que ser mutuo entre el que viene y el que está aquí... Claro, el receptor y el nuevo, pero yo en todo caso, como soy consciente de la importancia de eso hago más esfuerzo, pero fíjate la gente normal, la gente que primero no sabe la importancia de esto y gente que tiene el problema este del idioma. Pero normalmente yo el concepto que tengo sobre la integración, el concepto de la mayoría de los antropólogos, sobre todo Carlos Jiménez, que es un antropólogo famoso y que ha hablado mucho de la mediación intercultural, y de la integración en general, la responsabilidad es mutua, pero la integración no significa perder tu identidad, la integración es respetar las normas locales de la sociedad donde vives pero sin perder tus raíces ni tus... pero la participación ciudadana, yo creo que las instituciones públicas

tienen que hacer un gran esfuerzo para promover la participación ciudadana de estas personas inmigrantes. [...] Por eso yo te he dicho que el esfuerzo tiene que ser de los dos lados, tiene que ser mutuo, los pasos tiene que ser de una manera recíproca. Yo creo que si, por ejemplo, se motiva más el trabajo asociativo de los colectivos mayoritarios de los inmigrantes eso será un buen paso, porque eso resistirá más a la creación de asociaciones o centros culturales de tipo religioso. [...] No me gusta estos, porque hay centros de gente cualificada, por ejemplo el Centro islámico de Valencia, eso si que hay gente cualificada y gente más culta, porque ahí organizan talleres de aprendizaje, enseñan el castellano, el valenciano y también hay talleres de árabe para los españoles que quieren aprender el árabe y todo eso, y hacen otras formaciones, talleres de oficios y todo eso, hacen a veces jornadas, semanas culturales y todo eso, pero aquí por ejemplo en Castellón, como no hay mucha motivación, entonces claro, se encierran y la mayoría de los que se llaman centros culturales islámicos, la mayoría de las juntas directivas y todo eso es gente que no tiene cualificación en nada, la mayoría ni hablan bien el castellano. Entonces claro, ese hueco que hay, crean otras posibilidades que no van a servir para nada... (entrevistadora: Para la integración crees que no sirve?) Claro, no pueden, porque no facilitan, además también la percepción que hay sobre las asociaciones y centros culturales de tipo religioso, hay un tipo de resistencia... (entrevistadora: Como de rechazo...) Claro, porque la gente tiene, la mayoría, no digo todos, la mayoría por el papel de los medios de comunicación, cosa del Islam, relacionadas con el terrorismo, el integrismo y todo eso. Y como la mayoría de los centros islámicos y las asociaciones no son de gente cualificada eso empeora más esa visión (entrevistadora: Están muy unido al tema de la religión ¿no?) Claro, por eso a mí no me gustan. Me gusta que hay más asociaciones laicas (entrevistadora: ¿hay alguna asociación laica de marroquí, de árabes, o no hay?) Está todo integrado con la mezquita, en el centro cultural... La mayoría aquí en la provincia de Castellón está relacionada con las mezquitas, tiene que ver con la religión. Pero es que no hacen nada, actividades ni nada, sólo a veces ayudas para que sigan manteniendo el local, la mezquita, algunos sitios enseñan a los niños sólo el Corán y cosas así, pero no hacen actividades culturales para abrir los espacios de encuentro, por ejemplo (entrevistadora: hay barreras a la integración por todos los lados, por un lado, por otro...) Yo creo que hay que motivar las asociaciones laicas que quieren hacer sólo actividades culturales, que no esté relacionado con la religión ni nada, para que no haya rechazo, y al nivel de la financiación, porque ya sabes el nivel de los inmigrantes. (entrevistadora: Pero aquí los centros culturales ofrecen apoyo social también, cuando un marroquí viene por ejemplo a Castellón o Villareal, ahí tiene un punto de encuentro y también de ayuda...) Aquí no tanto, a lo mejor en las grandes ciudades como Valencia sí, según lo que escuché, lo que supe yo, pero aquí nada (8-H40-U-CM).

Continuando con el análisis de las variables que influyen, o pueden influir, en la mayor o menor vinculación social de los y las inmigrantes marroquíes en Castellón, en el siguiente apartado se presentarán y examinarán los datos referidos a las barreras que les dificultan su vida y su percepción de reconocimiento intersubjetivo en el contexto de acogida.

6.2.2.3. Exclusión/inclusión social: barreras y reconocimientos

La subcategoría *inclusión/exclusión social*, incluye un amplio espectro de percepciones que van a relacionarse estrechamente con el bienestar psicológico de los y las migrantes y con su mayor o menor grado de vinculación con la sociedad de acogida.

Con el fin de cubrir el abanico de percepciones y discursos relacionados, y para un mejor análisis de los datos relacionados con esta subcategoría, los datos se presentan dentro de dos dominios: *Barreras (idiomáticas, racismo, xenofobia, islamofobia)* y percepción de *reconocimiento intersubjetivo (de su cuerpo, de sus derechos y de estilos de vida)*.

Siete de las diez personas de la muestra han percibido en mayor o menor medida rechazo o discriminación en algún momento tras su llegada. Sólo 2-H30-U-CM, 9-H36-U-CT y 10-M29-R-CT refieren no haber apreciado desde su llegada a España ningún tipo de discriminación.

El resto de las personas que si han percibido algún tipo de rechazo o discriminación, lo atribuyen a su religión y nacionalidad. Pero sus sentimientos al respecto están matizados por la percepción de que simultáneamente a las muestras de islamofobia o xenofobia también han sentido acogimiento, apoyo y/o amistad en sus relaciones sociales y en sus contactos con algunas personas autóctonas. Muchos/as tienen amistades autóctonas. Las barreras pues existen, pero también los espacios de reconocimiento.

Ninguna de las personas entrevistadas se siente excluido/a de la sociedad de acogida, pero la percepción de la diferencia se expone muchas veces como desigualdad y/o discriminación. La palabra “moro/a” tan arraigada en el léxico común en España y con la que en alguna ocasión todos y todas han sido nombrados/as, es para ellos/as sinónima de islamofobia y se instituye como una rémora para su vinculación social. La percepción de la diferencia (de religión sobre todo, pero también por su condición de migrantes magrebíes o simplemente de extranjeros) es sentida en todos los casos como desigualdad y arbitrariedad.

Las categorías *racismo*, *xenofobia*, *islamofobia*, no están bien delimitadas en los discursos de los y las migrantes: todas ellas quedan subsumidas en el concepto de *racismo*, que sí es utilizado por la mayoría de ellos/as a la hora de definir las barreras de todo tipo encontradas en su vida de migrantes, sobre todo por su religión en primer lugar,, por ser extranjero/a, y por su origen nacional. Lo musulmán se percibe en la sociedad de acogida casi siempre con reticencias etnocéntricas, desde una visión de riesgo: terrorismo, discriminación de la mujer... costumbres “extrañas” alimentarias y de sociabilidad... Al mismo tiempo los estereotipos inversos respecto a la sociedad

occidental también forman parte de sus imaginarios y de sus discursos y se constituyen como barreras simbólicas apriorísticas y muchas desde las que *mirar* a la sociedad de acogida.

Así plantea una de las informantes esta relación, inexplicable para ella, entre religión, diferencia y desigualdad. Su movilidad social en destino ha sido ascendente tras la emigración, se siente bien en su nueva vida tras migrar, su marido tiene un buen trabajo, el suyo no es el que hubiera deseado, pero tiene un contrato indefinido en el sector hostelero y su nivel de vida (familia de procreación) es bueno, mejor que en Marruecos, sin embargo ella siente que lo que le pone barreras a su integración y percepción de bienestar, es precisamente su religión y la islamofobia fundamentada en la falta de conocimientos y los estereotipos estigmatizantes y reduccionistas de lo musulmán, que trascienden lo estrictamente religioso:

- [...] no sé a veces los españoles son buenos, y a veces no sé, puede ser que yo me conformé, no estoy segura, a veces no sé, quieren a la gente por ejemplo de Sudamérica más, porque son de la misma religión, por ejemplo nosotros, si digo una cosa normal, el Ramadán: ay, qué raro, no coméis cerdo, pero por qué me dices a mí qué raro no comer cerdo si a vosotros a mí también me parecen muchas cosas raras vuestras. Yo lo he dicho así: qué raro, por ejemplo, para disfrutar de fiestas, del Pilar o de otras o te vas a hacer esto... a mí me sabe raro... ¿Me entiendes?, ay qué raro que lleváis pañuelo, y qué raro vosotros, que lleváis, no sé, esto de iglesia, pulsera, yo lo veo que es tontería, como es de iglesia es de chinos no? Entonces por qué ven que nuestra cosa es rara y otras cosas de otras personas no son raras porque son de misma religión, pues son cercanos las religiones, no son iguales pero son muy cercanos, yo voy a la mezquita, tú vas a la iglesia, yo rezo y tú rezas. Sí, tú rezas, yo rezo. Yo hago Ramadán y vosotros antes no coméis carne el viernes, entonces la cosa es más cerca, [...] tenemos muchas cosas iguales pero yo veo que siempre tienen los musulmanes... (entrevistadora: ¿sientes que no te entienden por tu religión? No, por ejemplo este es colombiano pero es de nuestra religión, pero puede vivir y puede comer cerdo, pero estos son raros, estos cerdos no comen. Te preguntan cómo somos tantos, como somos... otros también son extranjeros, pero como tienen la misma religión no se... (entrevistadora: ¿Tú crees que es por la religión sólo o también el idioma tiene algo que ver?) Por la religión, por la idioma creo que no [...] No, no es por el idioma, que también por la gente, que depende qué está contando la gente (entrevistadora: Y tú notas que te miran como diferente, no?) Sí, miran por ejemplo que el hombre tiene que casar con cuatro mujeres, que el hombre es más machista, que una mujer no puede hacer esto, que una mujer no puede hacer esto, que cuando llegas a te vas que poner pañuelo... Pero eso ¿por qué? Si yo vivo.... Yo hasta ahora en mi trabajo una persona nada más, una persona, era un cocinero que trabajaba antes, el único que sabía mi nivel de estudios, porque no quiero decirlo, no quiero decirlo porque si ellos piensan que nosotros aún llevamos camello!, que no llevamos coche, ¿cómo voy a decirles yo que tengo más (estudios) que ellos? [...] a veces tienen ideas o cosas de nosotros que ellos no saben como nosotros, ellos tiene ideas diferentes o tienen ideas equivocadas, hay veces que te viene alguien y te está hablando de una cosa, por ejemplo, yo digo esta serie que están haciendo en Antena 3 ahora, que están hablando de Afganistán cuando estaban los talibanes, entonces la gente aquí lo ha cogido como si fuera ay, es el mundo marroquí, ¿entonces vosotros te pegan cuando estás estudiando? Porque ahí se ve que la mujer va con libros y le quitan los libros, pero antes de hablar

conmigo tienes que saber la historia de Afganistán, tienes que saber la historia de talibán, tienes que saber muchas cosas antes de hablar conmigo, eso no tiene nada que ver con nosotros... (entrevistadora: ¿y te lo preguntan, te lo han preguntado?) Es que me lo han preguntado porque pensaban que es lo que vivimos nosotros, me preguntaron (entrevistadora: ¿ah, te lo preguntaron?) Sí, sí, porque pensaban que es nuestro mundo, y le he dicho que no y tienen dudas aún, [...] (entrevistadora: Creen que todo el mundo musulmán es lo mismo...) Lo mismo, o la mujer no puede hacer nada, muchas veces: ah, ¿tú eres musulmán?, no puede ser, ¿y tu marido te deja trabajar, y tu marido te deja salir sola, y tu marido te deja poner el vaquero? Pero por qué, entra en Internet y mira, y después podemos hablar. Si tú tienes cabeza vacía no puedes hablar de otra persona (entrevistadora: ¿Tú crees que se respetan aquí, o se entienden, tus creencias religiosas y tus costumbres?) Con la boca, de hablar sí que dicen que respeto, pero yo creo que no tiene nada que ver. Yo hablo de la gente que he conocido, porque yo no puedo juzgar a todos, porque yo no conozco a todos, mientras no conozca a toda la gente no puedo juzgar a toda la gente, yo hablo de la gente que conocía y de la gente que hablo con ellos. De palabra dicen ay, nosotros respetamos y todo, pero no, siempre tienen miedo y siempre encuentran que, no sé, que es un poco raro (entrevistadora: ¿Crees que la gente tiene miedo hacia lo musulmán?) Toda la gente que he hablado yo con ellos, claro, no puedo decir todo, yo digo la gente que he hablado con ellos, siempre cuentan que nuestra religión es un poco raro, no sé, algo tienen de miedo (1-M35-U-CM).

Otro de los informantes se pregunta si la islamofobia que muchos migrantes musulmanes perciben no es en realidad xenofobia. Ser inmigrante y ser musulmán/a puede, obviamente, acompañarse de sentimientos de no reconocimiento por estas dos condiciones, puede acompañarse de respuestas islamóforas y xenóforas en la sociedad de acogida. No es fácil discriminar qué y cuánto de cada una de cada una de ellas concurre en cada situación o encuentro intercultural, o en las percepciones de cada persona entrevistada. Veamos lo que nos cuentan y veamos también las diferentes percepciones al respecto. El siguiente segmento textual es significativo en este sentido: “hacer la cola” a las puertas de la Oficina de Extranjería iguala a las personas de todas las nacionalidades y religiones a una categoría estigmatizada: ser extranjero/a. La percepción de xenofobia es percibida por este informante como algo injusto y paradójico porque él, además, siempre se ha sentido muy bien acogido en España. Ama a este país y es reconocido por todos, menos por la Administración del Estado. Lo que ve y siente en las colas de las Oficinas de Extranjería lo vive como una humillación inexplicable.

- [...] para mí sí que una de las cosas que llevo es como extranjero, que no tiene nada que ver con religión ni nada, yo creo que éste es el tema, que como es extranjero y es musulmán, la gente cree que el rechazo es por la religión, pero no es eso. Si tú eres buena persona la gente te va a respetar aunque seas judío, musulmán, cristiano. Si tus acciones no son buenas la gente aunque seas de la casa la gente no te va a aceptar, así que depende de las acciones, no depende de la religión. La única cosa, una vez cuando tuve que ir a la (oficina) Extranjería, eso sí que a mí me afectó, la verdad es que tenía que ir tres días a la extranjería, levantarme a las seis de la madrugada o a las cinco para estar ahí a las seis, hacer la cola, y después la gente... la verdad es que esos momentos yo me quedaba

mirando a la gente, porque es curioso, viene gente uno de Argelia, africanos, subsaharianos, marroquíes, de todas las nacionalidades, rumanos, todos ahí haciendo cola, cada uno intentando imponer sus cosas: no, no, hacemos una lista, el otro, no, no yo he estado aquí, el otro como en su ideología es engañar al otro, no, no que yo he venido antes, he estado aquí, y pasaban los españoles y nos miraban como... ¿estos?, parecíamos la verdad como animales que no se entendían entre ellos. [...] Yo una vez hasta lo he publicado en un artículo, ¿por qué existe extranjería? No hace falta extranjería, a mí me gustaría ir como cualquier español al ayuntamiento, o a cualquier oficina a sacar el papel que necesito, tú tienes que poner una etiqueta de que soy extranjero, esto es lo único que me había hecho sentirme como alguien de fuera, el único momento que me siento que no soy de aquí, que vengo de fuera es cuando se trata de sacar la residencia, los papeles, los trámites cosas que tienen que ver con extranjería. [...] Yo nunca me he sentido que no soy de aquí, siempre me he sentido en casa, pero la única vez es ésta, la extranjería sí que me quedó ahí, porque veía los ojos de la gente que pasaba, veía lo que pasaba ahí, ¿para qué me sirve a mí los estudios que estoy haciendo si ni siquiera yo podía poner orden a una fila de 10 personas que estaban ahí todos gritando, cada uno mareando al otro, la señora la pobre la quitaron, el hombre éste africano más fuerte se metió, la otra gritando, la otra con niños, imagínate, ni siquiera, se quitan todos los valores. En nuestra sociedad, por ejemplo, la gente mayor siempre pasa el primero, la mujer con niño, pero no, ahí en Extranjería no, éstos no pasan, la pobre señora con el coche ahí con el sol dando ahí al niño, no, no, es que yo he estado aquí primero, he estado aquí desde las diez de la mañana, y la señora tenía que estar aquí la pobre en la cola (4-H34-U-CM).

La categoría “moro/a” quizá es la que mejor refleja el estereotipo estigmatizante muy utilizado en España para referirse al extranjero/a, magrebí, árabe, pero sobre todo musulmán/a. Su utilización siempre es percibida por los y las migrantes entrevistados/as como poco respetuosa, desagradable y reforzadora de sentimientos de diferencia y exclusión. Ninguno de ellos/as se siente identificado/a con esa palabra que tiene para todos/as claras connotaciones racistas y estigmatizantes:

- [...]yo iba porque sabía que un amigo mío estaba ahí, e iba a entrar, y me paró el portero y primero me preguntó, me dijo ¿de dónde eres?, porque claro, como doy el pego, como puedo ser cubano, puedo ser lo que quiera, y yo en ese momento no quise mentir, porque yo le digo que soy cubano y como éste va a traer, va a darle... va a bailar bien, vamos a dejarle pasar, dije soy marroquí, y me dijo textualmente: lo siento, los moros no pueden entrar aquí. [...] A mí muchas veces me han rechazado pero han sido con más tacto. Es más, si éste me lo hubiera dicho con tacto como me lo han hecho otros, yo no digo nada. Pero no me han dicho lo sentimos, está reservado, el aforo está completo, es una fiesta privada, lo he escuchado varias veces. Yo decía bueno, si no puedo entrar a este local pues iré a otro, pasando, pero yo y mucha gente. Cuando no eres rubio y con ojos azules difícil que... (7-H43-U-CT).
- [...] Hay gente que respeta, muchísima gente que respeta, pero hay gente, y además ahora con estos problemas de Osama Bin Laden y eso, más (entrevistadora: Lo habéis notado más? Más, con esa problema. Además lo has notado, cuando le ha pasado esta bomba en Madrid, eso lo notamos nosotros mucho, mucho, pero muchísimo más. (entrevistadora: ¿te llaman así, te han llamado así alguna vez?) Muchas veces, me llaman mora. En el trabajo mismo en los dos trabajos (entrevistadora: Y tú qué les dices?) Nada, yo soy una mora. ¿sabes qué significa mora? No saben que significa mora, porque ellos dicen que mora es una persona que no vale para nada, eh?, pero la mora, que un día lo buscamos en Internet, la mora significa unos hombres que vienen de Sahara, de Mauritania, vienen a Marruecos a vender, los que venden, venden unas cosas que se llaman moros, pues esta

gente que viene para vender, la gente que compra está preguntando a ellas: dónde están los moros. Es una cosa que venden ellos y se llama moros, sabes?, o sea que significa una cosa que tienen ellos y se llama moros, pero aquí en España decir que los moros es un moro (entrevistadora: Es como que no eres nada...) Eso, eso, para no decir una palabra mala es, bueno, eso es ser moro. (entrevistadora: Cómo te afectan a ti esas cosas?) Bueno, yo la primera vez, yo la primera vez, yo hasta en jefe adonde estoy trabajando allí, hasta el jefe me ha discutido con él, y el día que yo discutir con él de estas palabras, me ha puesto nerviosa, él se ha quedado así mirando a mí, ha dicho no, no, H..., no tranquila, no pasa nada, no pasa nada, no te he dicho una palabra. Le he dicho: yo tengo mi nombre, y tú tienes el tuyo. Yo no soy mora, yo soy, tengo mi nombre. Y él me ha dicho, no, no, no te he dicho nada, solamente le digo a ellos mora, mora, para mí es normal, para ti no es normal... (entrevistadora: No te ha vuelto a llamar así?) A mí no, pero la otra gente sí que estaba diciendo (entrevistadora: ¿es desagradable, te afecta, te sientes mal cuando te llaman mora?) Mal, y en cuanto lo ve, a ver, los negros hay en Marruecos, hay en Sudamérica, hay en muchos países, pero cuando veo una persona negra o persona que lleva el bigote dice que es un moro, es un moro. Todo tiene un moro (entrevistadora: no es una palabra bonita para ti...) No (6-M28-U-CM).

Los estereotipos en relación al velo islámico afectan especialmente al reconocimiento del cuerpo de las mujeres, a su derecho a vestir como deseen sin ser juzgadas por ello, las expone más aún al estigma social porque en el contexto de acogida las hace más visibles, pero una visibilidad no “normalizada” según los cánones normativos de la estética y la moda femenina occidental. En la sociedad de acogida el velo islámico o el *hiyab* es para algunas algo más que una costumbre o una prescripción religiosa, es un acto de afirmación y resistencia. De las mujeres entrevistadas, ninguna lleva *hiyab* (pero sí muchas de sus amigas lo llevan), dos llevan velo siempre (3-M35-U-CT y 10-M29-R-CT), una de ellas lo llevaría también pero no quiere sentirse señalada por su condición de mujer musulmana y muy a su pesar ha decidido no llevarlo (6-M28-U-CM); sólo una de ellas no lo llevaba en Marruecos, tampoco lo lleva en destino y viste a la manera occidental (1-M35-U-CM). Todas se consideran musulmanas y todas son practicantes, aunque ninguna de ellas va a la mezquita, como parece habitual que así sea entre las mujeres inmigradas en Castellón.

- (entrevistadora: Tú llevas el pañuelo habitualmente?) No, yo llevo pañuelo en Marruecos, aquí no, porque yo he venido aquí en España con el pañuelo y el primer día que entro a trabajar me ha dicho el jefe de trabajo: tienes que quitar el pañuelo, si no, no vas a trabajar [...] ese problema que aquí en España, la persona que tiene pañuelo no puede trabajar[...] Por el pañuelo, no le dan trabajo, no (entrevistadora: te parece bien esto?) No me parece bien, cada uno tiene su religión y cada uno lleva todo. Es que el año pasado, bueno, una persona ha venido, una chica, y es mi paisana, ha venido con el pañuelo buscando trabajo [...] y ha entrado la... bueno se ha hecho sus datos y eso, cuando entraba adentro a hacer con el jefe entrevista, le han dicho a ella: si quieres trabajar tienes que quitar el pañuelo. Y ahí una amiga mía, bueno amiga, que si va a trabajar en la calle se va con el pañuelo en el trabajo, cuando va a entrar a trabajar se quita el pañuelo.(entrevistadora: O sea que tú sientes que el pañuelo es algo que te diferencia...) Me da una molestia para mí, para más, y a mí siempre la gente que está trabajando conmigo, por ejemplo en el Ramadán: por qué haces Ramadán, y cómo queda todo el día

sin comer? Eso lo he explicado no sé cuantas veces lo he explicado y yo cuando hago el Ramadán, el día que hago ramadán por lo menos cinco o diez días no digo nada, a las chicas, qué voy a decir porque tantas preguntas y tanta explicación. Hay veces que te dicen: es una tontería y una mentira, yo qué sé. Yo digo: es una tontería para ti, para mí no. Yo a tu religión no digo que es una tontería. A mí me ha pasado muchas veces. Y por qué los hombres llevan la barba eso, digo hombre, los hombres llevan la barba, aquí también llevan la barba, porque son unos guarros que llevan la barba... Sí, sí, y por qué las mujeres llevan la chilaba. Digo: a ver. Es que la chilaba tienen que hacerla en su país, aquí no tienen que hacerla [...] (entrevistadora: H..., si tú no notarás estas cosas llevarías el pañuelo también?) Sí, sí...Yo no lo llevo aquí, pero cuando me voy a mi país sí que lo llevo (entrevistadora: Y cuando estás aquí por qué no lo llevas?) Por estos problemas. Además mira, yo te digo y te lo juro, si fuera no trabajar, estoy en casa, hago pañuelo, y si fuera mi marido estar trabajando y tener un trabajo muy bien y estaba en su oficina y nunca va a salir del trabajo y está bien, yo me quedo en mi casa y no voy a trabajar. Y lo siento porque tú eres española, y los españoles que son racistas, hay unos...Son mucho racistas (6-M28-U-CM).

(La informante no domina bien el castellano. La entrevista se hace sin traducción por lo que muchas veces hay que incidir en las preguntas y las respuestas pueden parecer faltas de sentido)

- (entrevistadora: Cuando llegaste aquí a España te sentiste bien acogida,?) No, paso un poquito de tiempo (entrevistadora: Te sentías extraña...) Sí, un poquito de... pero poco, cuando sales gente como tú al portal, ya está (entrevistadora: ¿Qué es lo que menos te gusta de España, de Castellón, de la vida aquí?) No voy a decir todo, pero el problema cuando tu vas a una casa, o al médico, o a un taller nuevo, la personas siempre no dan tiempo para saber quién eres tú, siempre la primera vez sabes tú musulmana o de Marruecos da un poquitos de golpe. Eso no me gusta...[...] Sí, no me dejan tiempo para saber cómo tú portar, cómo tu vida, sólo cundo ven el pañuelo ya está, se quejan y siempre [...] Sí, si estás con médico o enfermero tiene el nivel más alto pero tenías el mismo [...] Sí, en Marruecos no tenemos ese problema. (entrevistadora: No te discriminan) No, dan un poquito de tiempo para saber quién, cómo tú... y después, pero no sólo España, todo el mundo de Europa, tengo familia en Francia también dice que también, siempre cuando hay una chica o mujer tenía el pañuelo siempre... (entrevistadora: Parece que eso es lo importante, que no les importa saber...) Sí, mejor dame un poquito de tiempo para saber quién es, cómo ella portar...(3-M35-U-CT).

Para uno de los informantes el reconocimiento pasa por ser *uno más*, por pasar desapercibido, porque no le juzguen por su fenotipo, por su nombre de pila musulmán o por su religión. Quiere que le valoren por sus actos. Siente que hay racismo y sabe bien qué le acerca y qué le separa de la sociedad de acogida,

- [...] ¿sentirte reconocido? Ya te dije antes, a lo mejor pasar más desapercibido, es el reconocimiento, es decir, soy uno más, no soy el marroquí, no, soy un tipo, y que se me valore por lo que soy, no por dónde vengo, no, no, se valore mi manera de ser, de tratar a la gente, mi manera de hablar, no sé. [...] (entrevistadora: No sientes que eres uno más...) Claro, los temas de los que se habla conmigo son los temas, son los mismos. Siempre son los temas... yo cuando estoy en una fiesta, por eso, estoy esperando ese momento, digo, ahora tocará el momento de hablar del maldito velo, la maldita burka, seguramente, porque estoy aquí. No sé cómo explicártelo. No me gusta. Y a veces, la gente saca el tema y ves, y se nota, yo creo que la gente nos entendemos, y detectas que es por saber, por tal, pero a veces es porque la persona te quiere decir algo, te hace una pregunta y la responde él después, no sé por qué me estás preguntando a mí... [...] Racismo simbólico lo llaman, lo descubrí. Al principio me ponía de los nervios, digo ah, hay alguien que le ha dado una

explicación, por fin, ahora entiendo lo que pasa. Para quedar políticamente correcto estás siendo racista pero sin querer. Es tu problema. [...] (entrevistadora: qué cosas te acercan a la gente de aquí...) Yo creo que el idioma, el idioma me acerca bastante a la gente, porque yo creo que me puedo comunicar bien, a lo mejor le llevo ventaja a otras personas, mi manera de ser, también me acerca, porque yo soy abierto, no soy de cerrarme, soy valiente además, no soy de... me gusta descubrir otros mundos, desde que llegué aquí nunca he intentado yo vivir en un gueto ni... siempre he intentado estar con los demás, estar con los grupos y tal, no sabría decirte. (entrevistadora: ¿y qué cosas te separan de la gente?) El ser de donde soy, a lo mejor. Mucha gente tiene esa fobia. Hay mucha gente que a lo mejor no se acerca o no se abre porque ve que me llamo M.... que soy marroquí y que supuestamente soy musulmán, y desde ahí pues puede que... (entrevistadora: ¿estás cómodo y estás confiado aquí?) Sí, sí. (entrevistadora: Dices que alguna vez te has sentido rechazado por ser musulmán, ¿o más por ser marroquí que por ser musulmán, o va todo junto?) Yo nunca he sentido de que fuera por ser musulmán, pero creo que va también ahí, que va en el pack. ¿sabes porque no...? Porque yo soy musulmán, vale, pero yo no soy practicante, y no soy de estar ahí en una tertulia y hablar del Islam divulgando... que la gente yo creo que lo supone, pero yo no voy diciendo hola, yo soy musulmán. Sí digo que soy marroquí, lo repito varias veces cuando toca presentarse, o cuando toca, pero de musulmán casi nunca lo cuento, pero la gente presume ya que soy musulmán, que podría no serlo. [...] (entrevistadora: Entonces tú no te sientes diferente por ser musulmán, te sientes diferente porque te tratan a veces diferente?) Yo nunca me he sentido diferente, ya te digo, por mi manera de ser yo siempre me he abierto y he intentado estar con todo el mundo, y no me ha importado estar no nadie, pero es que yo ya en Marruecos uno de mis mejores amigos era judío (7-H43-U-CT).

Para otro de los informantes, albañil de profesión en España, sin embargo la percepción de reconocimiento parece ir ligada al éxito de su proyecto migratorio, que tras unos años de dificultades parece estar más consolidado: tiene un trabajo que le permite vivir mejor que en Marruecos, su mujer y su hija están reagrupadas, tiene amigos y vecinos a los que aprecia. La ciudad también le gusta mucho. Quizá es el más feliz de todos los entrevistados: dice sentirse “seguro” aquí, no quiere volver y no le importaría que su pequeña hija se casara con un español no musulmán, si ella, llegado el momento así lo quisiera.

- (entrevistadora: ¿tú crees que tienes los mismos derechos que cualquier español?) Sí, los mismos. (entrevistadora: ¿dices que en Castellón te sientes muy bien, como si estuvieras en tu casa...? Sí., estoy de Castellón ahora!! (entrevistadora: ¿tienes muchos amigos aquí?) Sí, tengo muchos amigos. (entrevistadora: ¿españoles también?) Espanoles pocos, pero rumanos, marroquíes, argelinos. [...] (entrevistadora: ¿qué es lo que más te gusta de vivir en Castellón?) Lo que más me gusta, estoy acostumbrado con ella, conozco toda la ciudad, aquí me siento como en Marruecos [...] (entrevistadora: ¿te has sentido alguna vez rechazado por ser musulmán?) No (entrevistadora: Discriminado de alguna manera, rechazado, nunca has sentido que la gente te haya tratado mal... nunca ha sido un problema?) Nunca. (entrevistadora: ¿Tú crees que la gente de aquí respeta y entiende las personas que son de otra religión, como vosotros que sois musulmanes?) Sí... Se respeta sí, ninguno te toca, ninguno te habla de ti... (entrevistadora: ¿Y con los vecinos de la casa, tienes relación como en Marruecos?) Sí, igual, hay cuatro españoles y un marroquí (entrevistadora: ¿y es lo mismo que en Marruecos?) Con los españoles ellos vienen a tu casa, tu vas a su casa..., os ayudáis?) Sí, si tengo una fiesta o algo vienen, lo invitaré (9-H36-U-CT).

Para el imam el reconocimiento pasa por el aprecio de los musulmanes con los que interactúa en la mezquita pero sobre todo está asociado al convencimiento de la importancia del rol que desempeña aquí. Cree también que la imagen que algunos españoles tienen de las personas musulmanas y del Islam no es cierta, es *cerrada* y está mediada por la influencia de los medios de comunicación. Pero dice que, en general, las relaciones son de respeto mutuo y cordialidad. No nombra la palabra racismo, tampoco hace referencia explícita a la islamofobia, aunque preguntado por ello su respuesta hace pensar que la percibe, aunque nunca la ha notado cuando ha tenido que acceder a los servicios de salud:

(Entrevista traducida)

- (entrevistadora: ¿Él ha percibido alguna vez el racismo aquí? Por ser musulmán, por ser de otra cultura, por ser de otra religión...) Dice que depende de las personas, porque la gente que no te conoce o no conoce el Islam solamente tiene alguna idea de que el musulmán es terrorista a veces te ven así, pero hay otra gente que sí que está abierta, que ha viajado, que ha conocido a gente musulmana, que ha estado en países musulmanes, esos no tienen esa idea (entrevistadora: Alguna vez le ha hecho sentirse incómodo, triste, mal por percibir esas reacciones respecto a él, de no ser reconocido) No, dice que esto no le afecta porque comprende.. si lo hace lo hace por no conocer el Islam, por ignorancia. Solamente conoce el Islam a través los medios de comunicación y lo que se ve en la tele (entrevistadora: ¿ha percibido rechazo por ser musulmán cuando ha tenido que acceder a los servicios de salud? No, nunca (2-H30-U-CM).

Su discurso parece mediado por su posición institucional como imam de la mezquita de Castellón. Es un relato en el que se hace difícil vislumbrar la perspectiva *emic* del informante:

(Entrevista traducida)

- (entrevistadora: ¿Qué cosas en la vida cotidiana le acercan más a la gente de aquí y qué cosas piensa que le separan de los de aquí?) Hay una relación de respeto entre todos que eso es la relación que hay, con la panadería, por ejemplo, con la señora del bar que está al lado, sí que hay una relación pero una relación de respeto entre todos, no hay ningún problema. (entrevistadora: de cordialidad....) De cordialidad. Existen algunos españoles que tienen una imagen del musulmán y se queda encerrado y no se abre, pero ellos de su parte lo que hacen es tratarle bien y darle una buena impresión porque dice que la mayoría tiene una imagen del Islam a través de los medios de comunicación y así es el imaginario que tienen, pero dice que son algunos, no es general (entrevistadora: tiene amigos de España?) Todo el contacto que tienen él es con sus vecinos, sí que tiene una relación de contacto, de eso, pero como trabaja casi todo el tiempo aquí en la mezquita no tiene mucho tiempo para tener más contactos con los demás, pero con los vecinos y todo hay una relación... (entrevistadora: ¿Y con sus vecinos, como es su relación?) Hay buenas relaciones, hasta intercambian comida, él cuando hace algo lo ofrece a los vecinos, y les gusta la comida que les hacen y todo (entrevistadora: se siente bien aquí, o se sentía mejor en Marruecos?) Él se siente feliz de estar aquí, porque aquí él está cumpliendo una misión que dar el mensaje que hay que dar a la gente y todo, que eso en Marruecos por ejemplo sí que hay mezquitas, que hay lugares que la gente puede ir a conocer el mensaje, pero aquí sí que hace falta, y él se siente orgulloso de estar aquí para

formar parte de ese mensaje que hay que dar a la juventud (entrevistadora: O sea que su experiencia es positiva...) Sí. (entrevistadora: ¿hay algo que no le guste de la sociedad de acogida, ha sentido rechazo por ser musulmán?) No hubo un choque o algo así, que entiende la vida de aquí y no es algo que choca, que entiende que la gente aquí tiene diferentes maneras de ser y que no hay ningún problema (entrevistadora: Y qué es lo que más le gusta de esta sociedad?) Una de las cosas importantes de aquí que le encanta a todo el mundo es que la gente está ordenada, que tiene tiempo de cada cosa, es un orden, que hay tranquilidad, que no es lo mismo por ejemplo en nuestro país, que todo casi es un desorden, no hay tranquilidad, aquí es de las cosas que más le han gustado (entrevistadora: Se siente cómodo aquí?) Gracias a Dios. Lo único que le falta es la familia, que el trabajo que hace, la misión por la cual él está aquí sí que cubre esa parte... (2-H30-U-CM).

Si nos fijamos en la evolución de las relaciones sociales derivadas de la migración, los relatos nos muestran en todos los casos los cambios sustanciales relativos a las redes sociales en Marruecos y en España, a las personas significativas y al grado de vinculación e intensidad de las relaciones en ambos contextos. También nos muestran diferentes grados de bienestar psicosocial. En la Tabla 12, en la página siguiente, se muestran y resumen los datos más significativos relacionados con la categoría *vinculación social* y las subcategorías afines.²³¹

²³¹ La subcategoría *perfil identitario* no se ha incluido en esta tabla por motivos de espacio, aunque, como ya se ha podido observar, está reflejada en la Tabla 11. La identidad percibida de los y las inmigrantes, si bien no se ha considerado un factor determinante a la hora de evaluar su vinculación con la sociedad de acogida, si puede ser un buen indicador de sus apegos, y sobre todo de sus identificaciones personales de tipo étnico/político/religioso. Estas identificaciones los y las colocará en diferentes posiciones vitales para enfrentar su adaptación a la nueva sociedad.

Tabla 12. Vinculación social y categorías asociadas. Elaboración propia.

Código identificación Nivel de castellano	Evolución de red social y personas significativas		Inclusión/exclusión (percepción)		Calidad de vida percibida r/c vinculación (Marruecos-España) (Muy buena- buena- media- baja) Grado de vinculación con la sociedad de acogida (alto-medio-bajo)
	Marruecos	España	Barreras (idiomáticas, racismo, xenofobia, islamofobia)	Reconocimiento intersubjetivo	
1-M35-U-CM Idioma: nivel medio hablado /escrito	Su familia: su madre, sus hermanos/as, su padre Amigas de la universidad Marido e hijo	Fundamentalmente su marido y su hijo y hermano y hermana del marido Algunas amigas/os del trabajo	Idiomáticas y administrativas a su llegada: tiene permiso de residencia pero no de trabajo. Siente que su religión musulmana es una barrera para su integración, <u>percibe la islamofobia</u> , más que la xenofobia.	La percepción de islamofobia no le impide sentirse reconocida por sus jefes en el trabajo y por sus compañeros/as. <u>Se siente bien considerada. Tras un periodo de adaptación y duelo migratorio ahora se siente bien aquí.</u> Su marido tiene un buen trabajo en la Administración Pública. No usa velo ni <i>hiyab</i> . Viste a la manera occidental.	<u>Calidad vida:</u> Marruecos: <u>muy buena</u> . Su familia la apoya. España: <u>buena desde el punto de vista económico. Media-Baja desde el punto de vista relacional.</u> <u>Grado vinculación: medio-bajo.</u> Esta muy bien aquí, pero le gustaría volver a Marruecos
2-H30-U-CM Idioma: no habla ni parece entender castellano.	A los siete años sus padres lo entregaron a su tío paterno, que también es imam y que ejercerá de padre. Padres. Tres hermanos y tres hermanas. Su mujer (prima hermana) Sus tres hijos. Amigos (varones)	Su mujer y sus hijos. Los contactos sociales con los hombres musulmanes y muchos marroquíes con los que se relaciona en la mezquita. La relación con los vecinos es amable pero distante	Desde perspectiva <i>emic</i> , <u>no ha encontrado barreras de ningún tipo</u> . No las percibe. <u>No nombra racismo, xenofobia</u> . Refiere prejuicios por religión, <u>islamofobia</u> , pero la interpreta como desconocimiento del Islam, ignorancia y por la influencia de los medios de comunicación.	Se siente reconocido y apreciado.	<u>Calidad vida:</u> Marruecos: <u>muy buena</u> España: <u>buena</u> , pero quiere volver a Marruecos <u>Grado de vinculación: bajo</u> Desde perspectiva <i>etic</i> : vinculación social débil. Vive en un mundo muy restringido desde el punto de vista relacional. Su posición de imam le ubica en un mundo de vida en el que se siente valorado y reconocido por sus pares: los hombres musulmanes. Sus contactos y relaciones con los hombres autóctonos son muy restringidos, según él por su trabajo en la mezquita.

Tabla 12. Vinculación social y categorías asociadas. Elaboración propia.

Código identificación	Evolución de red social y personas significativas		Inclusión/exclusión (percepción)		Calidad de vida percibida r/c vinculación (Marruecos-España) (Muy buena- buena- media- baja)
Nivel de castellano	Marruecos	España	Barreras (idiomáticas, racismo, xenofobia, islamofobia)	Reconocimiento intersubjetivo	Grado de vinculación con la sociedad de acogida (alto-medio-bajo)
3-M35-U-CT Idioma: nivel medio bajo hablado /escrito	<p><u>Antes matrimonio:</u> padre y hermanas/os (Madre muerta cuando <i>ego</i> tiene 7 años) Amigas/no amigos varones Vecinas</p> <p><u>Tras matrimonio:</u> Hijas. Una tía materna: es su comadrona y su apoyo. Familia política (vive en régimen de virilocalidad)</p>	<p>Hijas (no nombra a su marido) Amigas marroquíes Amigas españolas (según <i>ego</i>, tiene más amigas españolas que marroquíes), pero la conectividad es débil Vecina. Importante por amistad y por apoyo mutuo. No amigos varones. Red social poco extensa.</p>	<p><u>Presentes por idioma y por religión</u> El idioma sobre todo a su llegada. Refiere haber sentido <u>racismo</u> hacia ella y sus hijas. Se siente diferente porque lleva pañuelo y su hija mayor también ha decidido llevarlo. Ella hubiera preferido que no se lo pusiera “tan pronto”. Siente <u>islamofobia</u>: a veces la tratan mal por llevar pañuelo islámico (no utiliza <i>hiyab</i>), por ser musulmana, y no quiere que sus hijas se vean abocadas a ser discriminadas por ello.</p>	<p>No lo nombra como tal, <u>pero se siente diferente por ser mujer y musulmana</u> y el <u>pañuelo</u> la visibiliza como tal. <u>Percibe la discriminación</u> y la explica a su manera, con dificultades discursivas por su bajo nivel de castellano.</p>	<p><u>Calidad vida:</u> Marruecos: <u>media/baja</u>. Las relaciones con la familia política no son siempre satisfactorias. España: <u>buen</u>a desde el punto de vista económico porque ella trabaja y se ha empoderado. <u>Media-Baja desde el punto de vista relacional</u>, aunque tiene ya amigas y compañeras de trabajo <u>Grado de vinculación: medio</u> Esta muy bien aquí, Le gusta Marruecos, quiere tener allí una casa para ella y sus hijas. Pero no quiere volver. Cree que su vida y la de sus hijas es mejor aquí.</p>
4-H34-U-CM Idioma: nivel excelente	<p>Padre, Madre Hermanos/as: relaciones familiares muy buenas. No está casado. Amigos.Vecinos (muy importantes)</p>	<p>Red social muy amplia y satisfactoria. Muchos amigos y amigas autóctonos y también marroquíes.</p>	<p>Administrativas. Ha sentido <u>xenofobia</u>, se ha sentido “extranjero”, “inmigrante” pero <u>No ha percibido racismo o islamofobia</u>. No barreras idiomáticas</p>	<p><u>Siempre se ha sentido reconocido en España</u>. Ser becario en la Universidad y su red de amistades han influido en esta percepción. Ha percibido falta de reconocimiento en la Administración (Extranjería)</p>	<p><u>Calidad vida:</u> Marruecos: <u>muy buena y satisfactoria</u> España: <u>Muy buena</u> desde el punto de vista relacional. <u>Grado de vinculación: muy alto</u> Esta muy bien aquí. Vive entre España y Marruecos</p>

Tabla 12. Vinculación social y categorías asociadas. Elaboración propia.

Código identificación	Evolución de red social y personas significativas		Inclusión/exclusión (percepción)		Calidad de vida percibida r/c vinculación (Marruecos-España) (Muy buena- buena- media- baja)
Nivel de castellano	Marruecos	España	Barreras (idiomáticas, racismo, xenofobia, islamofobia)	Reconocimiento intersubjetivo	Grado de vinculación con la sociedad de acogida (alto-medio-bajo)
5-H34-U-CT Idioma: nivel alto	Su familia. Sus padres y hermanos/as especialmente Sus amigos de la asociación política (Justicia y Desarrollo) en la que trabaja y participa activamente Sus compañeros de trabajo en la ONG de desarrollo local	Su mujer. Sus cuñados y cuñadas. No nombra a las amistades ni los vecinos/as Red social reducida y poco satisfactoria.	Barreras: <u>Administrativas, laborales, relacionales</u> Siente el <u>racismo, xenofobia</u> , pero sobre todo <u>islamofobia</u>	Reconocimiento: <u>no se siente reconocido</u> . No trabaja en lo que le gustaría. Siente que no puede aportar nada a la sociedad de acogida, aunque le gustaría hacerlo. <u>No se siente reconocido como musulmán.</u>	<u>Bienestar/calidad de vida:</u> Marruecos: medio- <u>alto</u> España: <u>bajo</u> . No se siente feliz Echa mucho a faltar su trabajo en Marruecos en ONG de desarrollo local. Tiene una fuerte necesidad de trabajar por el bien común de la sociedad y aquí no encuentra los cauces para sus deseos de trabajo cooperativo por el bien común. No le gustan los trabajos que desempeña aquí y ahora está en situación de paro laboral. <u>Grado de vinculación: bajo</u>
6-M28-U-CM Idioma: nivel medio hablado /escrito	Madre, abuela, hermanas/os, amigas No amigos varones No nombra vecinas	Marido, Hermanos y cuñadas que viven en España Amigas del trabajo (pocas y vinculación débil) No amigos varones No relaciones de vecindad Red social reducida.	Culturales relacionadas con la religión. La <u>islamofobia</u> en su discurso es nombrada y descrita bajo el término “ <u>racismo</u> ”. La han llamado “mora” muchas veces y le molesta. La hace sentir diferente.	No se siente reconocida. No puede vestir como le gustaría, y llevar pañuelo, como lo hace en Marruecos. Llevaría velo y no lo lleva para poder pasar desapercibida No cree que tenga los mismos derechos que los españoles y siente que ser marroquí no ayuda.	<u>Calidad vida:</u> Marruecos: alto España: <u>bajo</u> . No se siente feliz Echa mucho a faltar a su familia en Marruecos. Su trabajo en un almacén de frutas no le gusta. No tiene casi amigas. Aislamiento social evidente. Siente con fuerza su diferencia cultural y la islamofobia <u>Grado de vinculación:: bajo</u> Se siente extranjera.

Tabla 12. Vinculación social y categorías asociadas. Elaboración propia.

Código identificación	Evolución de red social y personas significativas		Inclusión/exclusión (percepción)		Calidad de vida percibida r/c vinculación (Marruecos-España) (Muy buena- buena- media- baja)
Nivel de castellano	Marruecos	España	Barreras (idiomáticas, racismo, xenofobia, islamofobia)	Reconocimiento intersubjetivo	Grado de vinculación con la sociedad de acogida (alto-medio-bajo)
7-H43-U-CT	Padres y hermanos-as Su mujer e hijo Familia política Amigos	Su mujer y su hijo Su hermano y hermana Amigas Amigos	Habla bien español: el idioma no es una barrera. Refiere haber sufrido racismo y haberse sentido diferente por su nombre musulmán. Por su fenotipo el dice que podría pasar por “cubano”, pero que su nombre delata su origen y religión y eso le molesta	Tiene un buen trabajo y el reconocimiento de su entorno social por ello.	<u>Calidad vida:</u> Marruecos: <u>Buena</u> , pero el trabajo de policía no le gusta y esto le genera malestar psicológico. Allí es respetado por su trabajo. España: <u>Buena</u> desde el punto de vista laboral y económico. Le gusta su trabajo de mediador intercultural. <u>Grado vinculación:</u> medio-alto No piensa en volver a Marruecos. Se siente en algunos aspectos más vinculado a la sociedad de acogida que al colectivo inmigrado marroquí.
8-H40-U-CM Idioma: nivel alto hablado y escrito.	Padre especialmente, madre, hermanos/as Amigos especialmente y amigas aunque menos Vecinos.	Su hermano, Amigos/amigas valencianos y también marroquíes Aprecia la amistad con las personas españolas con las que aprendió el idioma, las costumbres y la forma de vivir en destino	Idioma a su llegada. Refiere haber sentido los “prejuicios” de algunas personas por ser marroquí. No nombra el racismo, la xenofobia o la islamofobia, pero si percibe que hay problemas graves en las relaciones interculturales entre la inmigración árabe musulmana y la población autóctona	A su llegada se integrará pronto en el mercado laboral. Sus estudios de mediador intercultural y su trabajo en este campo facilitan su percepción de integración y reconocimiento y le acercan a “su sueño”: ser profesor, maestro...	<u>Calidad vida:</u> Marruecos: <u>muy buena</u> . Su familia/amigos le apoyan, participa en asociaciones culturales y de derechos humanos, pero no tiene trabajo estable y que le guste España: <u>Media</u> desde el punto de vista relacional, aunque tiene amigos. <u>Grado vinculación:</u> <u>medio</u> Está bien aquí, pero le gustaría volver a Marruecos pero reconoce que allí no tiene futuro profesional

Tabla 12. Vinculación social y categorías asociadas. Elaboración propia.

Código identificación	Evolución de red social y personas significativas		Inclusión/exclusión (percepción)		Calidad de vida percibida r/c vinculación (Marruecos-España) (Muy buena- buena-media- baja)
	Marruecos	España	Barreras (idiomáticas, racismo, xenofobia, islamofobia)	Reconocimiento intersubjetivo	Grado de vinculación con la sociedad de acogida (alto-medio-bajo)
9-H36-U-CT Idioma: hablado nivel medio, escrito nivel bajo.	Padre , hermanos, tía paterna. Amigos	Su mujer, su hija, un hermano de su mujer que vive con ellos. Considera que tiene una buena red social. Amigos marroquíes, argelinos, rumanos, con los que trabaja. Pocos amigos españoles. Vecinos (cuatro familias españolas y una marroquí). Buenas relaciones de vecindad	Barreras: Los primeros años vivió “sin papeles”, en condiciones de precariedad. Pero después consiguió permiso de residencia y de trabajo y siempre se ha sentido a gusto aquí. Nunca ha notado el racismo, no se ha sentido rechazado ni discriminado por ser musulmán o inmigrante	Reconocimiento: No refiere problemas o actitudes de falta de reconocimiento de su persona, de sus derechos o de su estilo de vida. Siente que tiene los mismos derechos que los españoles	<u>Calidad vida:</u> Marruecos: <u>medio-bajo</u> España: <u>alto</u> . Cuenta que en Castellón se siente como en Marruecos. Satisfecho con su vida y con su trabajo aquí. Le gusta más su vida aquí, se siente más “seguro”. <u>Grado de vinculación:</u> <u>alto</u> . Lo percibe como alto, pero sin embargo, en las entrevistas se constata que su red social está constituida fundamentalmente por marroquíes, no por autóctonos No quiere volver a Marruecos.
10-M29-R-CT Idioma: no habla castellano, ni apenas lo entiende	Madre y abuela materna Hermanas/os Amigas, vecinas No amigos varones	Marido e hija Tiene muchas amigas marroquíes. Son su apoyo y le ayudan en caso de necesidad, como cuando nació su hija. No amigos varones. No amigas españolas Se siente a gusto con sus vecinos, especialmente con una vecina marroquí. Red social suficiente para sus expectativas.	Idioma: no habla castellano. <u>Dice no haberse sentido rechazada por ser musulmana. No nombra la palabra racismo.</u>	Cree que tiene los mismos derechos que cualquier mujer española. Cree que aquí todo el mundo la respeta	<u>Calidad vida:</u> Marruecos: <u>alto</u> España: <u>alto</u> . Mejor que en Marruecos Considera que no hay futuro en Marruecos. Ella quería trabajar allí y no pudo. Pero después del matrimonio está contenta de estar aquí. Se siente tranquila y segura. No quiere volver a Marruecos <u>Grado de vinculación:</u> <u>bajo</u> , pero no parece preocuparle. Tiene amigas marroquíes y una vecina marroquí, y eso le basta.

6.3. Procesos de salud-enfermedad-atención: creencias, discursos y prácticas

Abordar desde una perspectiva intercultural y comparativa los procesos de salud-enfermedad-atención implica analizar esos procesos sin desvincularlos de las variables socioculturales y económicas de las sociedades de origen y de destino de los y las inmigrantes. La que aquí se presenta es una aproximación desde la “hermenéutica crítica”, como la denomina Martínez Hernández (2008b), a partir de la cual se van a tratar de rescatar, analizar y describir las dimensiones significativas y simbólicas de los discursos de los y las migrantes, sin olvidar esas variables antes mencionadas que también se relacionan con las desigualdades en salud.

En los apartados anteriores se han presentado los datos relacionados con la posición social de los y las migrantes antes y después del viaje migratorio, los cambios en su vinculación social en el contexto de acogida y sus percepciones diferenciales (Marruecos-España) sobre su calidad de vida y bienestar. Todos estos datos nos van a permitir comprender mejor desde qué posición social y con qué tipo de apoyos cuentan a la hora abordar sus procesos de salud, enfermedad y atención sanitaria, las permanencias de sus creencias, representaciones y prácticas al respecto, y los posibles cambios con la emigración. Desde una perspectiva sistémica la salud es mucho más que la suma inconexa de los aspectos biofisiológicos, psicológicos y/o socioculturales que con ella se relacionan.

Hay que resaltar también que en los relatos de todas las personas entrevistadas, si bien en su discurso relacionan la salud con la ausencia de enfermedades orgánicas, al mismo tiempo establecen nexos discursivos que van más allá de esta aproximación biologicista a los procesos de salud-enfermedad. Así, *estar bien*, *estar tranquilo/a*, y otros modos discursivos que aparecen en los relatos nos tienen que hacer pensar que en sus concepciones relativas al cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte no existen brechas, o mejor, existen evidentes conexiones entre los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales, y como no, religiosos, puesto que es el Islam y la cosmogonía musulmana sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, el vínculo común a todos ellos y ellas. Así pues,

Para entender las representaciones marroquíes del cuerpo, la enfermedad y la curación no basta con estudiar el Islam. Códigos de la costumbre, interacciones

de género, factores de parentesco, lógicas sociales de intercambio y tantos otros agentes socio-culturales han condicionado también, desde fuera del Islam, la gestión de los cuerpos (Mateo Dieste, 2010: 25).

Para una mejor organización de los datos y de los análisis descriptivos, este apartado se ha dividido en cinco áreas o subdominios de categorías de análisis:

- Concepciones sobre la salud, la enfermedad y la muerte.
- Prácticas religioso-culturales y salud bio-psico-social
- Saberes de salud y cuidados populares y tradicionales.
- De Marruecos a España: percepciones sobre el sistema sanitario y la atención a la salud.

Los valores de índole cultural y religiosa aparecen siempre “entretejidos,” en todos los relatos densos de las personas entrevistadas, hasta el punto de que es imposible desligarlos de sus creencias y prácticas personales y sociales de las que la religión, tradiciones y costumbres no se pueden disgregar.

El Islam, como sistema de vida permea también los procesos de salud-enfermedad-atención. A lo largo de este apartado se tratará de visibilizar y resaltar no solamente aspectos relacionados con creencias, usos y costumbres de los y las migrantes marroquíes respecto a dichos procesos, sino también cualidades y valores para la salud y para la paz que les acompañan. El objetivo es claro: conocer mejor y reconocer al otro/a, adentrarse en su *horizonte hermenéutico* y adquirir más elementos de capacidad para reconocernos a nosotros mismos en su otredad, como primer paso para reducir asimetrías culturales y religiosas y fomentar la convivencia intercultural pacífica en salud.

6.3.1. Concepciones sobre la salud, la enfermedad y la muerte

La “salud es todo”, la “salud es un tesoro”, es “felicidad”, en un “don de Dios”, es “estar bien, levantarte por la mañana y sentirse bien”... estas afirmaciones nos remiten a una idea común en todos los relatos analizados: expresada de una u otra forma, la salud es un bien preciado que hay que cuidar y va más allá de la salud física. La salud, desde la perspectiva religiosa es también un don de *Al-lâh*. Así lo explican,

- [...] Es todo, es que para una persona salud es todo. Si no tienes salud no puedes trabajar, no puedes practicar con la vida, no puedes hacer nada (entrevistadora: para ti la salud es

no tener enfermedades del cuerpo? No, es que salud es no tengo enfermedades del cuerpo, salud es todo... (6-M28-U-CM).

- [...] La salud para mí, es levantarme por la mañana, ver que estoy bien, poder ir a trabajar, volver por la tarde y seguir estando bien. Es decir, yo no soy de esas personas, que creo que está mal, pero que se preocupan, que van al médico a hacerse un chequeo, tal, y mientras no caiga no voy al médico, y cuando voy al médico es cuando estoy fatal, porque si estoy mal y veo que puedo aguantar, yo voy poco al médico, pero si voy... (entrevistadora: ¿qué crees que favorece la salud de las personas, y qué crees que la puede perjudicar?) ¿Favorecer la salud? Que la gente se cuide, que coma bien, que duerma bien, que no fume, que no beba alcohol, que no es mi caso... (7-H43-U-CT).

La condición de migrante, la lejanía de la familia, todo puede alterar o afectar a la percepción de “tranquilidad” que para esta mujer es sinónima de salud. Salud es sentirse y estar tranquila. Salud, tranquilidad y bienestar psicológico van unidos en este segmento textual,

- [...] La salud es estar tranquila, no estar pensando, estar tranquila, cómo te digo, aparte de físico, de la cabeza, que estás bien, que estás tranquila, no tienes problemas, eso es muy importante (entrevistadora: Cuando dices problemas ¿a qué tipo de problemas te refieres, físicos, enfermedades del cuerpo... de otros tipos?) No, no, estoy hablando de problemas sociales, de estar fuera de familia, de estar fuera del país, que tienes que ir cada año nada más, que pueden pasar muchas cosas a tus padres y te enteras por teléfono nada más, si ponen enfermo y no quieren avisarte, siempre la gente que no vive en su país, siempre cuando te pones en la cama para dormir, siempre ay, mi madre, mi padre estarán bien, o están resfriados, o piensas en una hermana embarazada, cómo va el embarazo, a ver si pasa algo, me entiendes, esas cosas siempre... yo creo que salud también tiene que ver con esas cosas... (1-M35-U-CM).

La salud es también “felicidad”, “alegría de compartir” y “tener competencias” para llevar una vida feliz. Es un don de Dios, y es mucho más que tener un cuerpo sano,

- [...] Es felicidad, es tener todo, la verdad para mí estar sano es tener todo, porque yo siempre hasta que he visto estas cosas las vivimos en la vida, a veces hay gente que tiene de todo pero si no tiene salud a lo mejor no disfruta como los demás. Yo creo que salud es todo, porque si uno tiene salud puede ir a trabajar, puede traer todo lo que quiere, si uno tiene salud puede viajar, puede hacer todo, si uno tiene salud puede ayudar a los demás, puede hacer todo lo que quiere (entrevistadora: Pero qué es para ti la salud. Cómo la definirías?) Bueno, además si hablo de mi perspectiva como musulmán, también la definiría como un don de Dios que nos hace sentir felices o algo así. (entrevistadora: es la ausencia de enfermedad o es algo más que la ausencia de enfermedades?) Yo creo que la salud va más allá de la enfermedad del cuerpo o algo así, por eso yo te digo: es feliz, es sentir la felicidad, la alegría, de compartir, de hacer todo con los demás, yo creo que no se trata solamente de tener enfermedades, sino de sentir capacidades, competencias, de poder hacer cosas (4-H34-U-CM).

La salud es también un “tesoro” y tiene su opuesto en la “suciedad”/enfermedad que puede llegar cuando la persona tiene hábitos de vida que no son saludables o cuando el ambiente donde se vive está “sucio”. Como bien nos recuerda Mateo Dieste en lo relativo al cuerpo y a la salud, los *hadīth* tienen numerosas referencias a la pureza

e impureza, a cómo evitar enfermedades, al modo de comer con medida, de acuerdo con la teoría que atribuye al estómago el origen de muchas enfermedades, en una clara convergencia con la medicina humoral. Más adelante volveremos sobre este tema. La enfermedad como símbolo de suciedad física o impureza *versus* la salud como sinónima de valor, de bienpreciado, equilibrio y pureza enraíza tanto en la medicina popular marroquí como en la tradición médica profética (*tibb al-nabawî*) y ambas a su vez con la medicina humoral clásica (*tibb al iunani*) (2010: 184). En el siguiente relato podemos vislumbrar algunas de estas analogías,

(Entrevista traducida)

- [...] La salud es un tesoro del mundo todo. La salud es todo (entrevistadora: ¿Qué cosas crees que favorecen la salud de las personas, y qué cosas crees que la perjudican?) Para esto de tener salud no tienes que fumar, beber, todo que lo mata a la salud. Una cosa que no está limpia... (entrevistadora: La suciedad puede perjudicar a la salud...) Claro. (entrevistadora: ¿Qué crees entonces que provocan las enfermedades? Si una cosa está sucia puede provocar algo en el estómago, una enfermedad, por ejemplo, como has tomado un veneno, este veneno, si tomas una cantidad pequeña, y mañana pequeña, así es la enfermedad de suciedad. Si no limpias nada enferman mucho los niños también (10-M29-R-CT).

Frío y calor, higiene y limpieza, hábitos de vida y alimentación y la obligación como buen musulmán de cuidar la salud evitando todo aquello que la puede dañar:

- [...] Para mi la salud es un tesoro. Tesoro porque Dios te ha dado una cosa que no tiene precio. ¿por qué no tiene precio? Por ejemplo tú estás bien de la salud, ahora estoy bien, fenomenal, voy a trabajar, voy a correr, voy a hacer lo que me gusta. Y toda la gente me quiere, pero si me quedo sin la salud no puedo trabajar, y ninguno que me recuerdo de mí si estoy vivo o muerto. ¿quién va a acogerte? Que no puedo hacer nada, no puedo levantar, no puedo ir al baño, no puedo hacer nada. Ahí ninguno va a quererte así. Entonces la salud es muy importante. Tienes que cuidarla. ¿Cómo tenemos que cuidarla? Primero es la salud, Dios dice que lo matas tu salud por tus manos, tú mismo matas a tu salud. ¿Cómo? Fumamos, con el cigarrillo matas tu salud, durante unos años y ya, se ha acabado. Segundo: tomas unas cosas de alcohol, de esto que mata la salud también, porque lleva alcohol, y alcohol quema, tiene un producto que quema la salud. Digamos que, dormir encima del suelo, sin colchón ni nada, hoy cojo frío, y mañana si me pasa algo a los pulmones, hasta luego..., porque el frío entra por los pulmones, cuando entra a los pulmones hay veces que ya no sale, que hace agua, y el agua mata (entrevistadora: Que hace agua a los pulmones el frío...) Sí, y el agua mata. Me voy por ejemplo al mar, estoy corriendo al mar y yo no sabía que el mar peligro para correr, en arena y está mojada, porque entra el agua a las rodillas. O sea todo tienes que protegerlo (entrevistadora: O sea, tienes que hacer cosas que favorezcan a la salud...) Por ejemplo, vas a correr, esto las cosas que animan a la salud, estar todo el día sentado..., pasas en la calle, olor de humo, olor de basura, olor de cualquier cosa, pero si te vas a correr media hora, diez minutos, estás sudando, significa que estás limpiando tu salud, estás curando, si te pasa algo pero si estás corriendo, tomando vitaminas y esto, curarás tú mismo, no hace falta que te vas al médico. Tú tienes que cuidar tu salud, por eso, la salud es un tesoro (9-H36-U-CT).

Teorías higienistas y también teorías contagionistas aparecen relacionadas en algunos de los relatos de manera sincrética, con representaciones causales de la enfermedad que derivan de la *teoría médica profética*. La percepción general es que el Islam, además de religión, es también una cultura relacionada con la salud en un sentido holístico.

- [...] en nuestra creencia, el ser humano puede enfermarse por un motivo o sin motivo, por ejemplo por algo que come o algo así que está infectado puede enfermarse, también hay otra parte u otro tipo de enfermedad que es Dios que quiere examinar a su siervo y le enferma para ver cómo responde (2-H30-U-CM).
- [...] El ayuno ayuda a la salud. Bueno, hasta aquí este punto de vista es real e importante, no me he hecho muchos esfuerzos para buscar en esto, pero sé que existe. En nuestra cultura también tenemos muchos consejos de nuestro profeta sobre el tema de salud. (entrevistadora ¿sí?) Sí, claro, porque en la historia ves que los primeros médicos eran musulmanes. De dónde han llegado esto? Pues de sus esfuerzos pero también de los principios que tenían sobre la salud. Te digo una cosa, que es una cosa nueva para... que ahora mismo ya lo saben los médicos y todo esto, pero antes no lo sabía nadie. El tema del virus...(entrevistadora: De los virus...) De los virus en general. Antes las personas no saben que el virus es la causa de la enfermedad. Cada uno se da explicación, pero en nuestra cultura hay un dicho del profeta que dice: si pasa una enfermedad que se llama *taaun*, es como una enfermedad que viene a una sociedad y lo ves que todo el mundo está enfermo, es un virus que entra en una zona (entrevistadora: una epidemia...) Sí, que afecta a todo el mundo (entrevistadora: *taaun* se llama?) *taaun*, es que vosotros no tenéis esta letra, no existe, entonces... el profeta dice si el *taaun* este afecta a un pueblo que no se sale nadie y que no se entra nadie (entrevistadora: La cuarentena) Pero eso lo ha dicho hace... muchos años, quién sabía antes que... por que el virus este cuando entra ya ha entrado, entonces ya todo el mundo está afectado, hay personas que están enfermas porque este virus lo ha causado, hay otras personas que tienen la capacidad del cuerpo más fuerte, entonces aunque tienen el virus no enferman, pero si alguien sale con este virus afuera va a coger el virus a otras personas que no tienen esta capacidad. Quién le ha dicho a nuestro profeta que esto...(entrevistadora: sabes o conoces aleyas del Corán que hablen de la salud o que estén relacionadas con la salud?) Siempre sí, que hay montón que se habla de esto, que habla del cuidado del cuerpo, que el cuerpo no es una cosa así, podemos hacer lo que queramos en ella, tenemos que cuidarla, es una responsabilidad de la persona en la salud (entrevistadora: es una responsabilidad cuidar la salud?) Sí, cuidar el cuerpo, por eso hay cosas que no debes tomarlas, cosas que te causan enfermedades no tenemos que comer. Por eso las cosas que el Corán ha dicho que no debemos comer, la mayoría son cosas que causan enfermedades (entrevistadora: y por eso la prohibición...) sí, pero la lista de las cosas que no tenemos que comer es una lista limitada, las cosas que podemos comer, todo el resto. Fíjate que hay cosas que son limitadas con otras que son ilimitadas, que todo... pero siempre las cosas que causan enfermedades son... el Corán y las palabras del profeta dicen que tenemos que alejarlas. Entonces es una cultura de salud, ¿no lo piensas? (entrevistadora: Si, sí!...) El acto de la limpieza, porque para rezar tenemos que limpiarnos... Fíjate que hay cinco cosas donde se entra el virus, las causas de la enfermedad: las manos, los pies, la boca, la nariz, las orejas y los ojos, entonces estos partes si tú lo limpias cinco veces al día ¿te va a pasar algo? Raramente, entonces cuando estás haciendo la limpieza te cuidas tú mismo de tu cuerpo (entrevistadora: Estás previniendo la enfermedad...) Hay muchas cosas que tienen que ver con la salud. Hay personas profesionales que hablan de eso que se pueden coger muchas ideas, no me acuerdo de todo. Pero sí que está claro que es una cultura relacionada con la salud (5-H34-U-CT).

El pluralismo médico en Marruecos tiene su correlato en las creencias y representaciones heterogéneas de la enfermedad y la curación. Intersecciones, préstamos y concurrencias son frecuentes en los relatos. La intervención divina es una de las teorías causales tanto de la salud como de la enfermedad, pero no la única. Perder la salud, enfermar, se puede deber a otras muchas causas más o menos vinculadas a la religión: los hábitos de vida (*harâm*) no lícitos o prohibidos por la religión como consumir alimentos derivados del cerdo, y otros igualmente no lícitos, beber alcohol, fumar y/o consumir drogas, la falta de higiene, limpieza y cuidado del cuerpo vinculados a estados de impureza y a la no realización de los rituales islámicos de purificación), el contagio (paradigma bacteriológico biomédico), el ambiente, los *jnûn*, o la magia (*suhur*) asociada siempre, en su vertiente maléfica, a las mujeres. Pero, en cualquier caso la enfermedad, incluso la enfermedad folk como el “mal de ojo,” es habitualmente responsabilidad de las personas. El segmento textual que sigue tiene especial interés:

- [...] La enfermedad viene de muchas cosas. (entrevistadora: ¿Tú crees que la manda Dios o es una cosa de las personas...?) Lo hacen las personas. Te imaginas por ejemplo guerras, las guerras significa cuando tiran bombas o esto, eso todo es microbio, es digamos un veneno. Este veneno viene en el viento de ciudad en ciudad, y tú no sabes nada, estás respirando aire y te entra enfermedad. La guerra hace la enfermedad. Tanto de que viene la SIDA, que la mujer se va con ésta, con ésta, con ésta, provoca que cualquier persona se va a coger la SIDA, entonces este hombre se va con esta chica que está enferma, él no lo sabía, a lo mejor se va con otra que está sana y va a pasarla (entrevistadora: Le va a pasar la enfermedad del SIDA también a la otra...) Sí, muchas cosas. Por ejemplo, digamos una persona que está enfermo, si va a coger una botella de agua y va a beber en ella y tú vienes y bebes detrás de él. (entrevistadora: Y te contagias...) Claro, tú bebes de donde ha bebido él, tú no sabes que está enfermo o está sano. No, voy a tomar en vaso, y él también si está enfermo tiene que cuidar. Si estoy enfermo no quiero que pase al otro, tiene que cuidar yo mismo, estoy enfermo voy a tomar en vaso. A lo mejor yo no sabía que viene otro para beber detrás de mí, esto no tiene que hacer. (entrevistadora: O sea que las enfermedades vendrían por contagiarse, ¿no?, pero tú me decías que hay gente que enferma por los *jnûn*...) *jnûn* es otra cosa... (entrevistadora: Y por los hechizos, por las ¿brujas? ¿Cómo las llamaríamos? Las mujeres que también hacen a veces hacen enfermar...) *Shauedes*,²³² se llaman, sí. (entrevistadora: O sea que también hay otras maneras de enfermarse, ¿no? como el mal de ojo, por ejemplo...) Sí, porque esta enfermedad no es como otro, esta enfermedad es de persona (9-H36-U-CT).

Del pluralismo médico en Marruecos también da cuenta el relato de otro de los migrantes que toma la definición de la OMS como referente para explicar la salud. No

²³² El término que utiliza el informante para denominar a las mujeres que ejercen la magia ha sido transcrito fonéticamente. Es de suponer que se referirá a alguna de las dos tipologías de mujeres con poderes para hacer magia: la vidente (*shuwwâfa*) o la hechicera (*sahhâra*).

cabe duda de que en esta polifonía narrativa sobre la salud y la enfermedad, la posición social, el nivel de formación, y el origen rural/urbano de la familia de orientación influirán también en las concepciones plurales al respecto,

- (entrevistadora: ¿qué es la salud para ti? ¿cómo definirías la salud?) Yo, la salud estoy compartiendo el concepto que hubo en la Organización Mundial de la Salud, que dice que la salud no es ausencia de enfermedad, sino es el equilibrio psicológico, mental, no me acuerdo muy bien.. es el equilibrio psicológico mental, social... (entrevistadora: del cuerpo también?) Sí, y físico, claro. Yo comparto ese concepto porque la salud no es sólo lo físico, no es la ausencia sólo de la enfermedad sino el equilibrio de lo social y de lo mental también. (entrevistadora: ¿Qué crees que favorece la salud de las personas y qué crees que la perjudica? ¿por qué enferman las personas?) Hombre, hay factores que tienen que ver con el físico, y hay cosas que tienen que ver con la propia persona, si se cuida o no, si come de una manera adecuada, sana, si hace ejercicio, si se mueve mucho, y hay otras cosas que tienen que ver con el entorno en que viven, me refiero al contexto social también. Si tiene buenas relaciones con la gente, si hay factores sociales, o si tiene problemas o dificultades en la vida que le influye en su salud, sobre todo en su salud mental, me refiero a la situación psicológica y todo eso. Eso es muy importante. A veces las cosas que tienen que ver con lo psicológico afectan más a lo físico, a la salud más que otras cosas que tienen que ver con lo diariamente. Por eso yo creo que dar más importancia al apoyo social, sobre todo a las personas desfavorecidas, a las personas que pueden tener situaciones un poco difíciles en la vida, en la adaptación a un nuevo contexto diferente, el caso de los inmigrantes por ejemplo, entonces claro, el apoyo social es algo muy importante en esto. (entrevistadora: Para ti las enfermedades te llegan por ese desequilibrio que has planteado antes. ¿Creías lo mismo cuando vivías en Marruecos?) Yo sabía que los factores sociales y todo eso tienen que ver, desde antes, pero claro, aquí lo he vivido en un momento del duelo, aunque a mí no me afectó mucho ni nada, lo he visto en otra gente, porque es otro contexto, es otra situación es otro mundo, y aquí se ve más, claro, no como allí, yo sabía que ese factor es importante, es fundamental, el factor psicológico y social es muy importante, pero claro, aquí lo he visto, lo sé perfectamente lo que es, claro (8-H40-U-CM).
- (entrevistadora: ¿qué es la enfermedad para ti, cómo la definirías? Pues yo estoy enfermo cuando estoy sintiendo o viviendo algo que me impide vivir el día a día con normalidad, estar cansado, estar... no poder vivir el día a día con normalidad, es decir... [...] Sobre todo físico, después mentalmente yo no me entero, siempre digo que... mucha gente dice es que tengo ansiedad, y yo digo, yo a veces estoy mal, igual tengo ansiedad pero no lo sé, porque no me lo ha dicho el médico. Yo sé que estoy raro este día, podría tener un poco de no sé qué, no sé si es ansiedad o es otra cosa, claro, no estoy acostumbrado. Yo esos problemas así un poco psicológicos, podríamos decir, es que en Marruecos estar malo es cuando estás tumbado hecho polvo, y tienes que ir al médico, es algo físico, todo lo que tiene que ver con lo mental, para mí... no, no lo sé, estoy raro, pero no sé si estoy mal. A lo mejor me ve el médico y me dice, tú tienes ansiedad, estás mal, tienes que tomarte esto y tranquilizarte, pero yo no lo sé, estar mal es cuando voy al médico de cabecera porque algo físicamente me... (entrevistadora: ¿qué crees que provoca las enfermedades?) Pues las enfermedades, primero, uno se puede contagiar, eso es lo más fácil, ¿no? Y después, pues ya como he dicho antes, si una persona no se cuida, si una persona come mal, o puede estar enfermo también por tener una enfermedad hereditaria, ¿no? Por ejemplo mi madre ha sido diabética, yo podría ser diabético, quién sabe, de momento no, pero muchas veces lo pienso (entrevistadora: ¿creías lo mismo en Marruecos, o sea, no ha cambiado tu forma de percibir por qué se producen las enfermedades? No, no ha cambiado, creía lo mismo (7-H43-U-CT).

La salud también se puede perder, o se puede enfermar por cuestiones supuestamente tan lejanas a las teorías biologicistas o contagionistas sobre la salud y la enfermedad, como pueden ser los *prejuicios, la xenofobia, islamofobia o el racismo*. Desde una perspectiva holística la salud psico-social y cultural importa. Desde una perspectiva *pazológica* también. La percepción de no reconocimiento lleva a la pérdida de confianza en el “otro/a” y afecta profundamente a la vinculación social y a la autoestima del migrante:

- (entrevistadora: Me has dicho que no has notado mucho el racismo, la xenofobia, solo en alguna ocasión...¿Qué repercusiones crees que pueden tener en las personas inmigrantes el racismo o la xenofobia?) Yo creo que puede tener mucha influencia hasta en la salud, sobre todo a nivel psicológico, porque cuando uno siente que está rechazado, le ven como... sobre todo el tema de los árabes, el tema de los marroquíes después de los atentados del 11-S y de lo que pasó en Madrid, aunque a veces soltamos como bromas aquí. Yo tengo un compañero que está estudiando aquí y siempre me decía que cuando entraba con una mochila a la clase, como estudia con españoles, se llama Mohamed, eh, Mohamed, terrorista, que aquí no vas a... lo decían de broma, pero me decía que bueno, una dos, tres, muchas veces, pero una vez que estaba de mal genio le dice al chico: pero hombre, yo no soy terrorista, eso no es una manera de bromear conmigo, basta. Pero sí, yo creo que esto influye, porque si él me lo comentó es porque le ha influido mucho, y sí, la verdad es que a veces, por eso lo que te dije yo que te paran porque eres árabe y sientes que... hasta que uno a veces empieza a imaginar, y éste es el problema: cuando un inmigrante empieza él a pensar que los demás le ven de una manera. Esto creo es lo peor que le puede pasar a uno. Por ejemplo, cuando yo mismo voy a empezar a pensar que los demás me ven como terrorista, que los demás me ven como un árabe, que no se fían de mí, ahí se pierde la confianza. Aunque él hace esto sin saber que a lo mejor los demás no lo ven así, pero como... yo creo que los medios de comunicación también influyen en esto, y si pasa una cosa como los inmigrantes también se juntan, así que se cuentan un caso que hubo por ahí, y la gente piensa que ah, pues nos toman a todos como árabes, como terroristas. (entrevistadora: Y eso crees que tiene repercusiones sobre la salud psicológica...) Yo creo que sí que influye, y también esto obstaculiza un poco hasta el tema de la integración, el tema de... porque uno a veces, si pasa por eso, si escucha esas cosas hasta teme presentarse al otro, intentar conocer al otro, porque él los prejuicios que tiene a lo mejor me ve a mí como así, y eso también... (4-H34-U-CM).

El racismo/islamofobia, el sufrimiento social y la enfermedad mental pueden llevar a que las personas se comporten de manera violenta, y no sólo esto, sino que, según uno de los informantes, pueden también justificarla,

- (entrevistadora: crees que las enfermedades vienen también por lo que se come, por el ambiente?) Por lo que se come, por el ambiente, por la limpieza, por el agua, por todo esto viene... claro. Los virus de dónde.... Ahora con estos virus del cerdo, esto, ¿de dónde vienen? Del ambiente, de la comida que estás comiendo ¿Si comes más estás más sano? Pues te cuidas más, entonces... (entrevistadora: en cuanto a lo que son las enfermedades físicas, la parte física, pero esta otra parte espiritual...?) Esto viene de la falta de práctica de la religión. La falta de respeto de los demás a ti. (entrevistadora: También te puede enfermar la falta de respeto... ¿tú crees que el racismo por ejemplo también te puede enfermar?) Sí, sí, te puede enfermar, y puede causar problemas de

terrorismo, de reacción que puede hacer una persona que está siempre maltratado, maltratado, se enferma y llega un momento que va a explotar, es normal... (5-H34-U-CT).

El modelo musulmán del universo y de la humanidad es un pilar básico en la construcción contemporánea de la noción de persona, que en la práctica no sólo se ha construido a partir de la cosmogonía islámica imperante en el Norte de África desde su islamización, sino que incorpora elementos locales del cristianismo norteafricano, del judaísmo, los rasgos culturales de los antiguos grupos africanos esclavizados, las intersecciones entre elementos árabes y de la tradición *tamazight* y, por supuesto, la moderna influencia europea. En lo que respecta a los componentes y metáforas corporales (órganos, humores y sustancias) el Corán distingue entre el *jasad*, el cuerpo de los humanos, ángeles y *jnûn*; y *jism* (en árabe dialectal marroquí) referido al conjunto de órganos corporales, y un tercer vocablo, *badan* en árabe clásico para denominar al cuerpo material. Así mismo, en la tradición coránica, los seres humanos también tienen dos elementos innatos que hacen referencia a aspectos espirituales de la persona: el *rûh* (alma divina) y el *nafs* (alma animal), que equivalen a un principio vital,²³³ a las formas del alma, espíritu y halo divino (Mateo Dieste. 2010: 41-45).

Las conexiones de estos componentes esenciales del ser humano, cuerpo físico, alma y psique, aparecen íntimamente relacionadas con la salud-enfermedad como podemos constatar en el siguiente segmento textual. La salud y la felicidad pasan por el cuidado no sólo del cuerpo sino también del alma. La felicidad, que también es la salud, pasa por practicar la religión,

- [...] Estar sano es estar sano en tres partes, la parte física, no te duele nada en el cuerpo, la parte mental, los sentimientos y todo esto, lo que nosotros llamamos *nef*, y la parte de la creencia, no sé si hay una palabra en castellano que significa esto. Esto significa, es que qué es el ser humano? Son dos cosas, es un cuerpo y *rûh* (*rog*) lo llamamos nosotros, que cuando se muere, qué pasa, qué pasa cuando se muere una persona, dos cosas se... *rûh* (*rog*) se quita de... (entrevistadora: ¿El alma...?) Se separa del cuerpo, entonces las dos partes tenemos que buscar salud de las dos partes (entrevistadora: Del cuerpo y de la mente...) No es mente, mente es la manera como pensamos (entrevistadora: la parte de la creencia decías tú...) No es creencias, es una cosa que realmente existe, la persona es esto: la *rûh* (*rog*) más *jasad*, el cuerpo, no sé cómo vamos a llamar esto, que tienes escrito aquí... (entrevistadora: ¿Creencias?) Las creencias no, las creencias son cosas que tú crees... (entrevistadora: la parte espiritual y la parte material del cuerpo...) Más o menos es la idea más cerca, pero no es así, es que esto necesita alguna... (entrevistadora: ¿Cómo

²³³ En la tradición coránica, el *rûh* (“aliento de vida o aliento divino”), lo que podríamos traducir como “alma”, o “espíritu”, es insuflado por el arcángel Gabriel en el feto el día ciento veinte de su gestación. El término *nafs*, se refiere a las emociones, deseos y pasiones humanas, sería un a modo de “psique corporeizada” (Mateo Dieste, 2010: 46-47).

lo escribirías tú?) *rûh* (*rog*), es una palabra árabe... (entrevistadora: y el cuerpo?) *jasad*, *jasad* es el cuerpo, cuando se muere la persona este se va y este se queda, es una cosa que da la fuerza. (entrevistadora: la energía...) Como una energía, entonces tenemos que estar bien de salud de las dos partes. Para que la salud de *rûh* sea buena, entonces tienes que cuidarte de ella, y para cuidarte de ella tienes que practicar la religión. La religión es la manera más adecuada para que esta parte siga viviendo bien, sana. Por eso las personas que no tienen fe son las personas que más se suicidan. En los países que ya viven una vida material, que no tiene problemas materiales, que todo existe, pero en estas sociedades hay muchas personas que se suicidan, ¿por qué, si tienen todo materialmente? Le falta algo, le falta esta parte, el *rûh*, esta parte le falta porque no se sienten felices. Para sentirse bien tienes que entender que eres de las dos partes, no sólo de la parte material, tienes medios, tienes no sé, tienes terreno, tienes todo, pero no significa eso que seas feliz (entrevistadora: Entonces felicidad y salud de alguna manera irían relacionadas...) Sí, sí, muy relacionadas. Entonces para mí la salud es esto, sentirme sano de las dos partes (5-H34-U-CT).

Estos nexos de unión entre religión y salud, entre *Islam* y *salud* son también evidentes y están bien argumentados en el relato del imam de la mezquita de Castellón,

- [...] El Islam ha venido para proteger la salud de la persona en general, es decir que por eso en nuestra religión está prohibido fumar porque perjudica la salud, por eso también ha prohibido el vino, el alcohol, porque también perjudica la salud, y por el mismo motivo ha prohibido comer la carne de cerdo. También está prohibido comer los animales que mueren, que no están degollados, que siempre hay que degollarlos porque ahora se ha comprobado científicamente que cuando no están degollado se quedan con todas las toxinas ahí, por eso están prohibidos porque perjudican la salud del ser humano. También está prohibido que uno mate a sí mismo, que se suicide. Él lo tiene en español: “que vuestras manos no os echen a perder llevándoos a la perdición y hacer el bien”. Es la Sura de la Vaca, la aleya 194. Éste te la va a regalar. Otra también que dice que no os matéis a vosotros mismos pues *Al-lâh* es siempre compasivo con vosotros. Está en la Sura de las Mujeres, página 133, aleya 29. Te lo deja marcado para que lo leas. También hay una aleya que dice todo lo que está prohibido comer, que las que se pelean entre ellas y un animal muere esto no se puede comer, la que cae de una montaña y muere tampoco se puede comer, ahí está especificado. Se os prohíbe la carne del animal muerto por causa natural, la sangre, la carne de cerdo, la del animal que ha sido sacrificado en nombre de otro que *Al-lâh*, la del que haya muerto por asfixia, golpe, caída cornada o devorado por una fiera, a menos que lo degolléis (entrevistadora: Y esto por lo mismo, para evitar las enfermedades. ¿Qué relación hay entre esto y las enfermedades?) Todo esto se ha prohibido para proteger la salud del ser humano. (entrevistadora: por qué cree él que se protege la salud, porque no consumes animales que podrían tener toxinas, bacterias, estar infectados...) Que nosotros tenemos que tener fe en esto, todo lo que nos dice Dios lo tenemos que seguir, esto se hacía desde mucho tiempo que estas cosas eran prohibidas. (entrevistadora: Son *harâm*...) *harâm* sí, que aunque no está comprobado científicamente, nosotros musulmanes teníamos que no hacer, pero ahora sí que se ha empezado a descubrir científicamente que estos animales así muertos sí que perjudican la salud. En general una frase que puede resumir todo es que en Corán dice que “*hace lícitas las cosas buenas e ilícitas las malas*”, eso es lo general, que Dios hace lícitas las cosas buenas e ilícitas las malas. Hay muchas otras cosas pero él sólo quería decir las más importantes (2-H30-U-CM).

La *salud*, la *enfermedad* y la *muerte*, como final inevitable de la vida humana, aparecen especialmente vinculadas a la religión y a los valores que de ella emergen. Cuidar a la persona enferma, visitarla, y enterrar adecuadamente el cuerpo tras la

muerte, según el rito de la tradición coránica, son obligaciones ineludibles del/la buen/a creyente a los que todas las personas entrevistadas hacen explícita referencia. Una vez más todos los relatos son coincidentes en estos dos aspectos.

6.3.1.1. Visitar a la persona enferma es “entrar en el paraíso”

El Islam como sistema de vida regula muchos aspectos de las relaciones entre las personas. Llama la atención el nivel de concreción del Corán a la hora de reglamentar la obligación de visitar a los enfermos para ayudarles y darles apoyo. El sufrimiento y/o la enfermedad, como castigos o como pruebas divinas, sea cual sea su etiología, deben o pueden ser interpretados también desde la religión, y desde la sumisión de la persona a la voluntad de Dios que es la esencia misma del Islam: desde este modelo explicativo de la enfermedad, la *paciencia* es también una virtud y un valorpreciado. Una vez más nos encontramos con la saturación teórica de datos: todas las personas entrevistadas, sin excepción, con sus diferentes niveles de apego a la religión, coinciden en sus relatos a la hora de explicar la necesidad y el valor moral de visitar a las personas enfermas, bien en sus hogares, bien en el hospital, y de hacerlo según la *Sunna* recomienda: con respeto hacia quién está sufriendo. De entre todos los relatos se han elegido dos que son especialmente relevantes para mostrarnos esta realidad,

(Entrevista traducida)

- (entrevistadora: S..., por favor, pregúntale: ¿hay alguna aleya del Corán que hable de la enfermedad y de la salud, de cómo cuidar a los enfermos...?) Dice que no solamente en el Corán, que también aparece en la Sunna del Profeta, porque todo lo que ha dicho el Profeta es mensaje de Dios... (entrevistadora: ¿La Sunna qué es?) La Sunna es los hechos y los dichos del Profeta, que él dice que esto también son mensajes que le han llegado de Dios, y ahí también hay mucho de este tema, que habla de este tema, por ejemplo uno de los dichos del Profeta que nos enseña que uno que visita al enfermo es como “entrar a un paraíso,” además nos enseña la ética de la visita al enfermo, que como es enfermo no hay que estar mucho tiempo, que solamente hay que estar con él un tiempo corto, y también pedir a Dios con él que le cure o algo así, o leer un poco del Corán, también hay una ética, no solamente se habla mucho, hay muchos dichos del Profeta sobre este tema, sino también que hay una ética de visita a los enfermos. Que todo está escrito en libros, porque son dichos del Profeta, pero no hay traducción al castellano, está en árabe. (entrevistadora: ¿Y él sabe más de esos dichos...?) El Profeta también dice que Dios si ha dado una enfermedad también ha dado su cura, también es un dicho, que cualquier enfermedad tiene la manera de curar (entrevistadora: ¿La enfermedad siempre la da Dios o puede tener otras causas?) Las dos cosas, la enfermedad puede ser de Dios porque Dios quiere castigar a uno que ha hecho cosas y así es una manera de limpiarle, así se limpia de sus pecados, es una cosa de enfermedad y también puede contraer enfermedad por ejemplo de fumar o de tomar alcohol, también eso, son las dos cosas, o por la vida, por el contacto con algún virus o algo... Pero el enfermo en el Islam nunca se pone nervioso, nunca es descontento con Dios, si está enfermo siempre le agradece a dios y le pide a Dios que le saque de la enfermedad, pero en ningún caso se pone en descontento con Dios o algo así, siempre tiene que estar contento con lo que tiene, que sabe que dios lo ha dado,

que Dios lo puede quitar. Por eso el Profeta dice en un dicho que él se sorprende por los asuntos del creyente, porque todo lo que le pasa lo ve como que tiene beneficio, todo lo que ocurre en su vida está en su beneficio, me sorprende lo que el creyente, porque todo lo que le sucede en su vida es en su beneficio, eso es la creencia que él tiene, lo malo o bueno siempre lo ve como algo que está en su beneficio. La continuidad de esa frase del Profeta dice que si el creyente le pasa algo malo o una enfermedad, cualquier cosa, él aguanta con paciencia y eso pues es bien para él, y si la pasa algo bueno también agradece a dios y también es bueno para él, o sea que las dos cosas es bueno para él, que eso solamente pasa con la gente creyente (2-H30-U-CM).

- (entrevistadora: Qué me podrías contar de todas esas creencias o prácticas islámicas relacionadas con la salud. ¿Cuáles de ellas conoces? Me hablas por ejemplo del cuidado de los enfermos...) Por ejemplo una de las cosas importantes en el Islam es la visita, es casi obligatorio, no es que lo haces porque lo tienes que hacer, no es obligatorio, no es uno de los pilares obligatorios que si no lo haces ya no eres musulmán, pero casi, y es visitar el enfermo, y hasta en los dichos del Profeta y el Corán dice que cuando vas a visitar al enfermo todos los pasos que haces son bendiciones de Dios que te da o cosas así, y cuando visitas... hasta nos enseña cómo hay que visitar, hay que visitarle, llevarle algo si puedes, y no estar mucho tiempo porque no tienes que molestarle, porque el enfermo solamente tienes que estar con él, apoyarle, decirle que está ahí, preguntar cómo está, no tardar mucho y salir, pero no tienes que estar mucho tiempo, pero cuando más visitas a los enfermos, cuando más bendiciones ganas o algo así, o sea que es lo mejor que puede hacer un musulmán en su vida es visitar a los enfermos, y que no tiene que ser de tu familia, sino el vecino también es importante, hasta que el Islam dice uno, de los dichos del Profeta, el Profeta habló, y habló del vecino, hasta que la gente pensaba que va a tener derecho a la herencia, porque siempre hablaba del vecino, el vecino, el vecino, el vecino tiene derecho de todo, hasta de que a lo mejor, esto es un dicho también de la... porque en nuestra religión es del Corán y de la Sunna, de los dichos y hechos del Profeta, eso es la Sunna, lo que él hacía y lo que él decía (entrevistadora: ¿Es un libro diferente al Corán?) Sí, que el Corán es el Corán, eso son los dichos y lo que él hacía, también lo tomamos en cuenta, porque muchas cosas que él decía no están explicadas en el Corán, están ahí en la Sunna del Profeta, que son los dichos y los hechos. Y ahí la verdad es que yo no tengo muchas cosas aprendidas de memoria, pero hay un montón de dichos del profeta que siempre incitan a la visita del enfermo, a cómo tratar al enfermo, a apoyar al enfermo si no tiene, hasta en el Corán lo tenemos, los enfermos, los que pasan por ejemplo... los inmigrantes para nosotros... pero esto no se hace, no es que no se hace, por eso yo te digo una cosa es una sociedad musulmana y otra cosa es el Islam como religión. Es totalmente diferente. Tú vas a Marruecos y a lo mejor muchas cosas que se hacen, para mí la verdad es que muchas de las cosas que he leído sobre el Islam las veo aquí, la gente lo practica aquí, eso es sorprendente, eso no se practica en mi país [...] de aquí se aprende mucho, por eso yo te digo, para nosotros aquí es donde empiezan a conocer la religión, y cosas porque ahí vivimos en una sociedad digamos musulmana y ya no nos interesamos por nada, pensamos que el Islam es lo que vivimos ahí... (4-H34-U-CM).

Conocemos ya el rol importante de los vecinos en la sociabilidad y apoyo mutuo en la sociedad marroquí, ahora estamos mostrando que ese rol incluye también el cuidado y acompañamiento en caso de enfermedad o muerte, pero además, como se evidencia en el siguiente segmento textual, estas prácticas, aunque permanecen, también se transforman como consecuencia de la emigración,

- (entrevistadora: Volviendo al cuidado de los enfermos y a los vecinos, la gente me cuenta que en Marruecos cuando un vecino o vecina está enferma también se la cuida, los

vecinos están pendientes de cuidarle, de llevarle comida...) Claro, sí (entrevistadora: Y la familia también, entonces no será habitual que haya gente enferma que esté sola, ¿no?) No, si está enferma de enfermedad normal, si está en casa y no tiene familia, no tiene nada, o su familia está muy lejos, y yo soy vecino, por ejemplo, si va, cuando está mi madre, va por ejemplo mi madre o mi hermana para cambiarla, para limpiarle la casa, para hacerle la comida, o cuando hacemos comida le lleva de la de mi casa a ella a su casa, cuidarla si falta algo... (entrevistadora: Pero simplemente por ayudar, no cobrando...) Por ayudar nada más. Por ejemplo si tienes la boda, vienen todos los vecinos para ayudarte, ninguno cobra, todos contigo desde el primer día hasta el último día. Hasta te dejan la casa limpia, porque en Marruecos normalmente cuando haces la boda, que no puedes, que vas a alquilar todo, que no tenemos un sofá como éste, que tenemos este canapé, y lo hacen, tu vecino te lo trae, otro dos, tres, uno, lo que tienen los vecinos te lo traen. Esta marmita grande, este butano grande, o no tienes sitio, te lo deja en su terraza, en el terrado de arriba (entrevistadora: Pero eso no quiere decir que los vecinos vayan a la boda, sino que te lo dejan para que tú lo uses...) Sí, pero tú normalmente los invitarás a todos (entrevistadora: Y cuando estén enfermos también los cuidarás o te cuidarán...) Claro, si estás en el hospital vienen al hospital, si por ejemplo no tienen nada, ni una familia, hoy por ejemplo voy yo y mañana... hoy voy yo a pasar una o dos horas, viene otro y se queda, me voy yo, (entrevistadora: O sea que nunca estará sólo...) Nunca estará solo (entrevistadora: ¿Y aquí en España esto cómo se lleva, porque aquí no es igual?) Aquí no es igual (entrevistadora: ¿Cuando los marroquíes vienen a España tienen la misma relación con los vecinos?) Aquí en España, no son de una ciudad. Por ejemplo, yo de Alhucemas y N... de Tánger, no lo conozco de Marruecos. Entonces puede que voy a visitarlo una vez, en su casa o en hospital, de visita, ¿cómo estás, bien? y ya está, me entiendes, no tengo que quedar con él, o él quedar conmigo. Si es de misma ciudad, que lo conoces mucho, tu vecino o tu amigo sí, te quedarás con él. (entrevistadora: Pero por ejemplo si aquí no tienes familia, por ejemplo los amigos que conoces aquí, también os ayudáis, entre los marroquíes os ayudáis?) Sí, viene al hospital uno detrás de otro, por ejemplo esta tarde viene un grupo, dos horas se van, viene otro grupo, porque sabe que aquí no es como en Marruecos, en Marruecos entran a una sala y entran dos o tres, aquí no, aquí se van con grupos, me voy yo con H..., contigo, cuatro personas, estamos media hora o una hora, cuando venimos se va otro grupo, si tienen tiempo, por ejemplo, si van mañana, otros. (entrevistadora: Pero si vosotros os pusierais enfermos vendría gente a ayudaros también, otros compatriotas de Marruecos vendrían y os ayudarían?...) Sí, si lo conoces sí. Si te falta algo, si llamas al teléfono y no puedes salir o algo, llamas por teléfono, que me falta esto, puedes traerlo, entiendes. Pero aquí en España porque no estamos de una ciudad. Alhucemas es del Norte, digamos, por ejemplo, Fez, Meknes o Casablanca es del sur, abajo... (9-H36-U-CT).

6.3.1.2. Muerte, rito e Islam inmigrado

En Marruecos, según Mateo Dieste, la mayoría de las concepciones y prácticas en torno a la muerte provienen del Islam y de la tradición semítica, sin olvidar algunos rituales de origen o influencia no islámica, que en general han sido rechazados u ocultados por la ortodoxia musulmana. La muerte, de acuerdo con la concepción musulmana, es una transición entre el mundo terrenal (*dunya*) y el otro mundo (*âkhir*), determinada por un juicio posterior a la defunción de la persona que, según hayan sido sus obras en vida, sus “ganancias” (*âjr*), podrá entrar en el Paraíso (*jenna*), o su alma irá al infierno (*jâhannâm*). Cumplir con los cinco pilares básicos del Islam, suponen

siempre una “ganancia de puntos” para entrar en el Paraíso a través de alguna de las “ocho puertas de oro macizo e incrustaciones de piedras preciosas” (2010:154-158).

El momento de la muerte está en manos de Dios y toda persona tiene escrito al nacer cual será el momento de su muerte. La predestinación de la muerte aparece también en la mayoría de los relatos según la creencia islámica,

- (entrevistadora: ¿qué es para ti la muerte? ¿crees que hay vida después de la muerte?) Sí, como musulmán que soy, a ver, yo soy musulmán, aunque no practicante, aunque no voy a la mezquita, pero yo soy musulmán, me declaro musulmán y la religión musulmana pues habla de la muerte como una etapa que le tiene que llegar a cualquiera, y que está ya predestinada. Es decir, el musulmán sabe que, de alguna manera, está escrito en alguna parte, está escrito allá arriba cuándo tiene que morir, así que cuando toca, toca, como decimos, Inshallah, si Dios quiere, yo moriré. Entonces la muerte no me asusta, me gustaría vivir más, al menos que crezca mi hijo, verlo crecer y tal, pero si toca no es algo que me preocupe. Según la religión musulmana hay una vida más allá, y los buenos estarán en el paraíso y los malos estarán en el infierno. Yo sé que estaré en el infierno porque soy malo, pero tampoco me preocupa. Pero vale, es decir, a partir de ahí, la muerte es algo que no me asusta... (7-H43-U-CT).

Pero no hay que olvidar que, aunque el momento de la muerte esté “escrito”, predestinado, el buen creyente tiene que cuidar y mantener limpio el cuerpo, es decir, no puede abandonar el cuidado del cuerpo material ni del espíritu,

- [...] Yo, la verdad, yo creo que la mayoría de los marroquíes comparten conmigo esta opinión, este concepto, y sobre todo la gente creyente. Para mí la muerte es algo que no se puede evitar, es algo obligatorio, es el fin de cada persona. Ese más o menos el concepto religioso musulmán, que la muerte es algo que puede llegar en cualquier momento, y que la gente tiene que ser preparado para la muerte en cualquier momento. (entrevistadora: ¿Y tú crees que está predestinado el momento de la muerte?) Sí lo creo yo también, que es algo... pero claro, de otra manera... hay que cuidarse para tener buena salud y todo eso. Yo lo creo, pero eso no significa que yo digo que si te cuidas no pueda pasarte nada, porque claro, como la mayoría dice que es un destino la muerte, que puede pasarte en cualquier momento, lo que está escrito, como se dice, puede pasarte en cualquier momento, pero eso no significa que hay que cuidarse, de la salud y hay que tener buena salud, que la religión musulmana lo dice también. Hay un dicho muy famoso que dice que limpiarse, por ejemplo, cuidarse mucho de la salud es una parte de la creencia. Si eres una persona muy limpia y que se cuida de la salud puedes ser un buen creyente. Eso según el concepto religioso musulmán (8-H40-U-CM).

Los rituales mortuorios que incluyen el tratamiento del cadáver, el entierro del cuerpo sin vida o *janâza* y el duelo (*huzn*) y los ritos posteriores al entierro son descritos una vez más, por todos/as las personas entrevistadas en términos similares, ajustándose todos los discursos a las creencias y representaciones de normatividad islámica.

- (entrevistadora: En Marruecos ¿la gente qué hace cuando se muere alguien?) Una persona se muere, lo primero que se hace en Marruecos igual que aquí, es avisar a los vecinos, a los familiares, a partir de ahí empiezan los movimientos para ir a buscar... porque cuando para saber si una persona ha muerto en Marruecos, si tú pasas delante de un edificio, una

casa, tu verás unos bancos así largos, y sabes que hay alguien que ha muerto, porque la gente que viene, sube a la casa para saludar, entra en la casa para saludar a la familia del muerto y después sale a sentarse en el banco, sobre todo si es familiar, para saludar a la otra gente que va a venir, para saludarles, sobre todo los familiares están ahí en el banco, y es una manera de señalar que en esa casa hay una persona que ha muerto. A partir de ahí también se va a buscar una persona que, especialista o una persona que se dedica a lavar a los muertos, que un muerto en la religión musulmana se lava, un muerto o muerta hay que lavarlo, no puede ir... y hay gente, porque yo no sé cómo se hace, pero se supone que una gente que sabe se lava de una manera, que por aquí, por aquí, se va a contratar a esta persona, y se va al cementerio también para buscar el lugar, y después pues puede ser a mediodía o puede ser por la tarde, es cuando el muerto se va al cementerio, generalmente la gente va diciendo unos cánticos detrás, y la persona se entierra desnuda, liada en un... no en una caja (entrevistadora: En un sudario...) Un sudario, es la tela más barata que se vende en todo el mundo musulmán, porque se supone que... la religión musulmana no es que haga aquí apología ni nada, pero se basa en la modestia. Una persona no puede ser *high* de lo *high*, no, hay que ser modesto. Entonces si vas a ir a encontrarte con tu Dios tienes que ir lo más modesto posible, entonces liado con una tela muy barata. Una tela blanca barata. (entrevistadora: ¿El color del duelo es el blanco?) Sí, el color del duelo es el blanco, no es el negro. Y ya está, se entierra a la persona, ya te digo, desnuda, lavada, liada en el lienzo, y a partir de ahí se hace un rezo, y cada uno a su casa. Eso sí, en la casa, como te conté el otro día, en la casa de un muerto o muerta, tal, pues durante tres días, quince días, depende de cada uno, la gente de la casa no entra a la cocina, sino que los vecinos son los encargados de traerles comida, desayuno, cena, todo (7-H43-U-CT).

El ciclo de acompañamiento y apoyo moral a las familias en duelo no termina con el entierro. Llama la atención la costumbre de reunirse pasadas algunas semanas – cuarenta días- para seguir elaborando el duelo de forma comunitaria. En esa reunión se volverá a recordar a la persona muerta, sus virtudes, sus buenos actos, y de forma comunitaria, vecinos, familiares, amigos comerán, charlarán, rezarán y entrarán en resonancia con la persona fallecida y con sus familiares lo que puede permitir la elaboración del duelo. Esta vertiente comunitaria de la elaboración del duelo es especialmente interesante tanto desde una perspectiva de convivencia como de salud psicológica.

- [...] la manera musulmana es que lo lavan muy bien, lo perfuman con cosas tradicionales y todo esto, y después lo enrollan en una tela blanca, y normalmente cuando lo entierran no entierran en... (entrevistadora: Un ataúd...) No, lo ponen ahí [...] pican la tumba y después lo ponen, dejan un espacio y después ponen piedras planas arriba[...] (entrevistadora: O sea que no entierran como aquí en los nichos) No, siempre en la tierra. (entrevistadora: Siempre en el suelo y sin ataúd. Y se entierran cuando, ¿a las 24 horas? ¿O los tres días la persona muerta está en la casa?) Eso depende, pero mejor según el concepto religioso siempre hay que enterrarlo tan pronto como posible (entrevistadora: Y luego la gente vuelve a casa, los familiares vuelven a casa y durante tres días con el muerto ya enterrado los acompañan...) Siempre también después de estos tres días que viene la gente, la familia recibe las condolencias, y después alguna gente lo celebra, hay gente que no... eso depende de las posibilidades materiales, el día cuarenta después de la muerte se celebra como si fuera una... (entrevistadora: ¿Una fiesta?) No, una fiesta no, vienen los conocidos, los familiares y todo eso, y se hace como si fuera... se puede matar por ejemplo una vaca, y se invita a esa gente, que dice que eso es bueno para la persona

muerta. (entrevistadora ¿Y tiene algún nombre esa reunión de los cuarenta días?) Sí, en árabe clásico se llama *nhar l-'arbain* (entrevistadora: qué se hace en esa reunión?) Nada, como si invitas a la gente, pero claro, lo que hacen por ejemplo aparte de invitar a los vecinos, los familiares, los conocidos, invitan también a gente que recita el Corán, sobre todo los que lo aprenden de memoria, los *fqî* o los *tâlib*, eso depende de las posibilidades. Hay gente que puede invitar hasta a diez *fqî* y entonces recitan versos del Corán [...] Sí, de una manera colectiva, los diez por ejemplo, y se quedan a veces un cuarto de hora, diez minutos, y lo hacen durante... por ejemplo antes de la comida lo hacen dos veces, después de la comida dos veces y al final piden a Dios que esté mejor el muerto (entrevistadora: ¿cuánto tiempo dura esto?) Más o menos un día, puede ser la comida y la cena, o a veces sólo la cena, eso depende claro, de las posibilidades de la familia.[...] (entrevistadora: ¿Y también la gente qué hace, habla de muerto por ejemplo, o hablan de otras cosas?) Claro, algunos, pero siempre, por ejemplo si era una buena persona se habla de sus virtudes. Y se pide a Dios que le trate bien (entrevistadora: ¿y por qué a los cuarenta días?, es mucho tiempo después) Es que está... se hace normalmente los que tienen posibilidades lo hacen el tercer día después de la muerte, y lo hacen también en el día cuarenta. Y hay gente que no hace eso del día cuarenta, sólo hace el tercer día y ya está. (entrevistadora: Pero claro, si hay que matar un cordero o una vaca, eso no lo hace la familia...) Depende de las posibilidades: familias que tienen posibilidades, pueden hacerlo y mientras vienen comidas de los familiares, de los vecinos, y otra cosa, que cuando sobre la comida se reparte a los pobres y todo eso, y se invitan a los pobres el tercer día o el día cuarenta, porque es muy bueno para la muerte eso que venga la gente más necesitada para comer o eso (8-H40-U-CM).

En los apartados anteriores hemos visto ya el rol importante de apoyo mutuo y sociabilidad benefactora que, en general, las relaciones de vecindad aportan, incluso, como acabamos de ver en el momento de la muerte, y cómo la salud social de las personas también se relaciona con estos vínculos de vecindad y amistad. La ayuda mutua y la solidaridad con el dolor de las personas que han perdido a un ser querido nunca falta,

- [...] cuando muere una persona, por ejemplo, se unen todos los vecinos, no sólo los familiares, para los familiares eso es una obligación, normalmente, pero claro, la cosa que llama más la atención, que no sólo los familiares, los conocidos, los vecinos, todos, entonces la gente se ayuda mucho y se une mucho en estas ocasiones de la muerte, y a veces, para que lo sepas, tres días la familia de la persona muerta no les dejan hacer nada. Los vecinos y familiares que se encargan de las comidas, de todo esto (8-H40-U-CM).

El duelo (*huzn*), es siempre dolor compartido, acompañamiento, ayuda y reciprocidad,

- (entrevistadora: ¿y por qué?) Esa gente tiene que vivir su duelo, tiene que vivir su sufrimiento, entonces no tiene por qué trabajar, la gente tiene que hacer por él, el resto tiene que estar tranquila, concentrarse, vivir su duelo tranquilamente, su tristeza, llorar si tiene que llorar para superar ese momento. (entrevistadora: La expresión del dolor por una pérdida ¿se hace con llanto, se demuestra mucho, se demuestra poco?) Depende, depende de la persona y depende hasta de las regiones. Hay regiones que hasta contratan a gente para que chille y para que haga llanto. Son unos rituales también... en el norte de Marruecos no es así, pero claro, hay gente, cada uno como lo... pero delante, la gente marroquí delante de la gente tiende a hacer más, sobre todo los hombres, intentan controlar su sufrimiento.(entrevistadora: ¿eso crees que es igual aquí en España, en la

emigración?) Me imagino que hombre, en un pueblo donde hay un colectivo marroquí imagino que sí, lo de por ejemplo te llevo comida. Es más, yo sé que la gente lo hace aún no conociendo a uno, pero sabiendo que es de Marruecos y que no tiene a nadie, pues por ejemplo, si yo conociera ahora a un marroquí, diría S..., prepara una comida que tenemos que llevar a casa de una señora que no conozco porque se le ha muerto alguien, yo llevaría algo. Sin conocer a la señora (7-H43-U-CT).

- (entrevistadora: O sea que los familiares están acompañados... toda la gente los acompaña, es una manera de hacer el duelo, de no estar solos) Claro, eso es como si fuera un apoyo a la familia, no sólo con comida, con buenas palabras, hablar bien del muerto y todo esto, es un apoyo, ayudar por ejemplo en organizar esa invitación, los vecinos y los familiares (entrevistadora: Y eso tampoco le cuesta dinero a la familia, porque todos ayudan a la familia en ese momento ¿no?) Hay gente, como te he dicho, la gente que tiene posibilidades sí que le cuesta esto[...] Lo bueno en todo esto que la familias pobres pueden beneficiar de estas ayudas y todo eso (entrevistadora: De todos los vecinos, de todos los amigos) Claro, y si es una familia muy pobre, los vecinos, los conocidos se reúnen y cotizan, cada uno da algo y ayudan a la familia del muerto, para celebrarlo (entrevistadora: Porque ellos saben que luego serán ayudados también) Claro, es que va la cosa así. (entrevistadora: Porque lo que es el entierro, lavar al muerto, ¿todo eso cuesta mucho dinero? Porque aquí cuesta mucho dinero...) Es que hay diferencia, tienes que saberlo, una muy buena pregunta, porque por ejemplo en los pequeños pueblos, o en las aldeas o eso, se entierran fácilmente, porque claro, a veces el ayuntamiento, la gente responsable de esto ofrece una tierra para el cementerio, pero en las grandes ciudades la gente tiene que comprar ese trozo de tierra para... (entrevistadora: ¿y cuesta mucho dinero?) En la ciudad grande no tanto. (entrevistadora: No es tan caro como morirse aquí...) No, no. Es que la gente se ayuda, y también el Estado ayuda a veces en esto, pero claro, en las ciudades pequeñas o en las aldeas eso es totalmente gratuito. En las grandes ciudades, ya sabes, la vida es diferente, la tierra vale más... pero no vale tanto, entre 100-150 euros (8-H40-U-CM).

La expresión del dolor físico o espiritual esta mediada por la cultura. Las manifestaciones de dolor tras la muerte de un ser querido se expresa de diversas maneras. Como explica Mateo Dieste en varias regiones de Marruecos, como en el resto del mundo árabe es aún, y era frecuente, que las mujeres lloraran y gritaran violentamente en los entierros, provocándose arañazos en el rostro, o cubriéndose de ceniza, barro o estiércol, y en los pueblos existían las plañideras profesionales (*hazzânat*) (2010: 163). En cualquier caso la expresión del dolor por la muerte de un ser querido también participa de variables de género que se concretan en una mayor contención del llanto y de las expresiones de dolor por parte de los hombres y una mayor expresión del dolor público por parte de las mujeres,

- (entrevistadora: la gente llora mucho?) Más que aquí... Se llora más que aquí. Lo que yo he visto. No digo que aquí no... aquí hay tristeza, pero allí hay, no exagerado, allí lloran muchísimo. Lloran mucho, mucho, has visto que van con traje, con pelo suelto... (1-M35-U-CM).

Aunque cabe destacar también que la ortodoxia islámica recomienda la contención del llanto y del dolor público exagerado. Así mismo, parece que todo el

ritual mortuario que hemos visto va dirigido a circunscribir el dolor público a los días señalados para ello: los tres primeros días tras la muerte y el entierro, la primera semana como máximo, tiempo en que la familia estará siempre acompañada, y la celebración posterior –opcional– pasadas unas semanas (cuarenta días) . Después el dolor entrará en la esfera de lo íntimo y privado.

- [...] Está prohibido que la gente grite, que la gente se hace daño, la gente llore mucho, está muy mal visto, está prohibido hacerlo, sobre todo a las mujeres que manifiestan más el dolor. Normalmente, según la religión musulmana no hay que hacerlo. Lo que hay que hacer es hablar bien del muerto, tener más paciencia, controlarse. (entrevistadora: ¿y la gente se controla, o la gente llora también?) Hombre, llora la gente, pero eso depende de la religiosidad de cada familia. La gente más religiosa aguanta más, y tiene más paciencia que la gente que no es religiosa, pero claro, eso es relativo. Eso depende también de la cercanía del muerto (entrevistadora: Si es un niño...) Pero claro, las mujeres manifiestan más el dolor (entrevistadora: Pues yo leía que pasados los tres días ya no tenía que haber manifestaciones del dolor...) En las familias religiosas a veces prohíben a las mujeres que entren en el cementerio, no por otra razón, sólo porque las mujeres manifiestan más el dolor, gritan mucho... (entrevistadora: ¿y por qué crees que no...?) Eso dice la religión que hace daño al muerto. Si manifiestas el dolor, si gritas eso hace daño al muerto. (entrevistadora: O sea que la razón es ésta. ¿Y las manifestaciones de dolor, las que sean, es verdad que son los tres primeros días?) Eso depende de las familias, depende también de la cercanía, y depende... hay gente sensible que le puede durar el duelo y hay gente que no, pero normalmente según el Islam es muy aconsejable limitar la manifestación del dolor en estos tres primeros días, o la primera semana como máximo (8-H40-U-CM).

(Entrevista traducida)

- (entrevistadora: ¿Qué piensas de la muerte? ¿Qué es para ti la muerte?) Que lo siente mucho, porque da la rabia porque se muere, pero es la vida (entrevistadora: ¿Se te ha muerto gente muy cercana a ti?) Sí, su hermano (entrevistadora: ¿Tu hermano se murió en casa?) Sí (entrevistadora: ¿Y de qué enfermedad se murió?) Igual que el mal de ojo, pero digamos... ha salido de la casa, ahí fuera en la calle, cuando aún no ha entrado a la casa, diez minutos, y ya está (entrevistadora: Cuando alguien muere en Marruecos ¿qué se hace, qué hace la familia, los amigos?) Bueno, por ejemplo, si está joven normalmente no tienen que llorar (entrevistadora: ¿no tienen que llorar?) No, porque no está casado, no tienen que llorar, al revés, tienen que hacer como hacen en la fiesta, ¡¡uuuuuh!! (entrevistadora: Las mujeres...) Sí, porque está virgen [...] (entrevistadora ¿Cómo se llama eso?) *sagrota* (entrevistadora: *sagrota*, ¿pero eso dónde, en la casa se hace o en el cementerio?) En la casa (entrevistadora: Pero eso también se hace en los nacimientos ¿no?, ese grito es el mismo en el nacimiento que en el... por ejemplo cuando lo hacíamos en casa de N... el otro día, es lo mismo) Sí, y normalmente la verdad, cuando nacía un niño no tenía que hacer la *sagrota* (entrevistadora: Al nacimiento no...) No, cuando nace no, porque cuando nacía por ejemplo un niño significa estaba adentro de su madre, estaba tranquilo, no tiene problemas, no tiene nada. Cuando nació a la vida, nacieron los problemas, tiene que sufrir, de todo, puede pasar mal, puede pasar bien, ahí tiene que llorar, porque nace a un mundo que no está conocido, que hay muchas cosas que están malas. Cuando se muere no tienes que llorar, si está joven, o virgen, o la niña también virgen no tienes que llorar, y además, cuando muere una persona no tienes que llorar. ¿por qué no tienes que llorar? Porque cuando naciste significa naciste a esta vida, naciste hoy pero en tu libro lo que haces todo está escrito, qué vas a hacer y qué hiciste, todo está escrito, Tú naciste por ejemplo el día tal de tal, y *Al-lâh* te ha escrito qué día vas a morir. ¿Cuánto vas a pasar? ¿Cuarenta días? Cuarenta días, ni un minuto más. ¿Cuarenta años?

Cuarenta años. ¿Diez años? Diez años. ¿Un día? Un día, ni un minuto más (10-M29-R-CT).

La inmigración conllevará cambios en los rituales mortuorios, sobre todo los que tienen que ver con el entierro del cuerpo, ya que no siempre hay cementerios musulmanes en los pueblos y ciudades de destino, y en muchas ocasiones se prefiere la repatriación del cadáver, y en los ritos posteriores al entierro porque no siempre existe una red social de apoyo (familiares, vecinos, amistades...) como es habitual en Marruecos,

- (entrevistadora: Dime una cosa, con la gente que se muere aquí, ¿se puede hacer el ritual igual que en Marruecos?) Sí, si te conocen, claro. No es lo mismo. Por ejemplo a mí ¿cuántos me conocen?, dos personas que te diga, diarias, no... No es como allí que... ah es la hija de fulano, o la nieta de fulano, entiendes, estás conocida porque saben que tú eres el apellido de fulano, pero aquí quién te va a conocer, ¿dos familias o tres familias? [...] (entrevistadora: Esos rituales de lavar el cuerpo, ¿en los hospitales quién los hace, tú sabes aquí la gente cómo lo hacen?) ¿aquí? Pues aquí dicen que aquí nunca he visto alguien, no conozco quien ha muerto, pero el marido de mi hermana ha muerto en Alemania, pero yo creo que son iguales, hace cinco años, era joven, de lavar y todo en mezquita, aquí no lo sé, yo creo que es igual... (1-M35-U-CM).
- (entrevistadora: Cuando una persona marroquí muere aquí, la familia ¿tiene más dificultades para seguir las costumbres funerarias musulmanas?) Aquí es más difícil, es más, no sé si hay un cementerio musulmán por aquí. Me han dicho que hay uno en Almazora, o no sé qué, yo no lo sé, sí que sé que la gente que tiene que repatriar a su familiar cuesta mucho dinero (entrevistadora: Entonces cuando se muere alguien de Marruecos lo suelen repatriar?) Sí, y la gente generalmente tiende a repatriar, es más, la gente, cuando uno no tiene, hay gente que tiene un seguro, tiene un seguro, que aquí los seguros son muy listos, se han enterado un seguro para cuando muera un familiar yo te lo llevo, hasta eso, te lo llevo en avión, no sé qué, tal. Viene hasta a casa para hacer publicidad. M..., vengo a ofrecerle un seguro por si se muere alguien y tal, yo le... en la otra casa vinieron a mi casa, aquí no. Yo lo tenía, durante un tiempo, después lo quité. ¿y qué te iba contar? Sí, hay problemas, pero lo que es bueno que la gente es solidaria, cuando uno no está asegurado y la gente se entera, se va a la mezquita, y la mezquita se encarga, en la mezquita se corre la voz y cada uno va poniendo dinero y se reúne el dinero para repatriar... que cuesta 6000 euros eh? mínimo, repatriar una persona aquí a Marruecos (entrevistadora: ¿y por qué crees que la gente siempre quiere repatriar?) No sé, hombre, la gente quiere estar cerca de los suyos, es así. La gente quiere estar lo más cerca de los suyos, para que le puedan ver, para que le puedan visitar de vez en cuando, para que le cuiden el nicho (entrevistadora: ¿La gente visita los cementerios, hay costumbre de visitar los cementerios?) Sí, sobre todo los viernes (entrevistadora: Los viernes que es el día sagrado, ¿no?) Sí, pero como aquí, eh?, la gente va y llega un tiempo que se olvidan del muerto. No vamos a... (7-H43-U-CT).

Acercarnos a las creencias, discursos y prácticas relativas a la salud-enfermedad-atención de la inmigración marroquí implica necesariamente revisar las aflicciones y enfermedades de origen mágico-religioso. Con una fuerte impronta cultural, estas dolencias, las creencias que las sustentan y las prácticas relacionadas con ellas, no se distribuyen de manera homogénea entre la población. Una vez más, el mayor o menor

apego a la religión, la clase social, el origen rural o urbano o el nivel de formación, serán decisivos a la hora de interpretar estos procesos por parte de los los y las inmigrantes. De ahí los discursos heterogéneos que se van a mostrar y analizar en el siguiente apartado.

6.3.1.3. Posesión por *jnûn*, magia y aflicciones psicosomáticas de origen mágico-religioso

Exponer la amplia casuística y etiologías mágico-religiosas de las aflicciones psicosomáticas en Marruecos excedería con mucho el objetivo de este apartado y de esta tesis. Una compleja y amplia amalgama de factores de tipo personal, de género, económicos, socioculturales y religiosos, así como también geográficos, entre otros, están detrás de la mayor o menor incidencia y prevalencia de este tipo de aflicciones mágico religiosas y de las explicaciones *emic* de su causalidad, así como de los remedios y prácticas relacionadas con ellas.

Abordar aquí estas cuestiones obedece pues a una razón esencial: todos/as los y las informantes de la muestra manejada en esta tesis hacen referencia a este tipo de desórdenes psicosomáticos de origen mágico-religioso que tienen como origen la posesión por *jenûn*, el mal de ojo (*'ayn*), el envenenamiento (*tkal*) o la magia (*suhur*). No se han encontrado estudios que den cuenta de la incidencia y prevalencia de estas problemáticas en la sociedad de acogida, y menos aún en la Comunidad Valenciana y en la Provincia de Castellón, pero, a tenor de los relatos de los y las migrantes, parece que ni la posesión por *jenûn*, ni el mal de ojo o los problemas relacionados con la magia son habituales y/o preocupan a los y las inmigrantes en la sociedad de acogida. Sin embargo todas las personas entrevistadas conocen su existencia, saben o conocen personas que se han visto afectadas por alguno de estos problemas en Marruecos.²³⁴ Como ya se ha mencionado, el nivel de estudios de las personas informantes y la clase social, así como su apego a la religión, hace que estos desórdenes psicosomáticos relacionados con el mal de ojo, la magia y el envenenamiento, y los diversos tipos de posesiones por *jenûn*,

²³⁴ En algunas entrevistas no incluidas en la muestra porque no se realizaron con personas de origen marroquí, si se pudieron recoger noticias de personas afectadas de delirios por posesión de *jenûn*, así como de curaciones de tipo religioso, incluso realizadas dentro del Hospital, dirigidas a expulsar a los *jnûn* del cuerpo de la persona afectada. No encontré ni en las entrevistas incluidas ni en otras muchas realizadas durante el trabajo de campo, ninguna referencia a niños afectados por el mal de ojo, así como tampoco la existencia de prácticas de brujería o curaciones de tipo mágico.

sean interpretados y explicados desde una perspectiva más o menos cientifista o biomédica, o bien desde una perspectiva *emica* más acorde con las creencias mágico-religiosas que justifican y refuerzan estas aflicciones de las que el mal de ojo es un buen ejemplo.

En Marruecos, modelos conceptuales claramente diferenciados acerca del cuerpo, la persona, la salud y la enfermedad están detrás de la psiquiatría biologicista y de los sistemas tradicionales de causalidad y tratamiento de estas aflicciones psicosomáticas y enfermedades folk. Así, nos encontramos con concepciones más universalistas (biomédicas), y otras locales recogidas por la antropología y su visión más relativista de la enfermedad o aflicción mental, de lo que se considera desviado o anormal dentro de sociedad marroquí. En Marruecos conviven especialistas e instituciones del sector profesional (psiquiatras biomédicos, hospitales psiquiátricos y ambulatorios públicos y privados) y profesionales del sector folk (*tradipracticantes*: *fuqahâ*, *tulba*, videntes, *sahhar*, jefes de cofradías o descendientes de santos i jerifes/as) claramente diferenciados, así como prácticas curativas y formas individuales y colectivas de abordar estas aflicciones que resultan diametralmente diferentes, con pocos puntos de confluencia teórico-práctica, en lo que Mateo Dieste califica la “locura de las concepciones” a la hora de abordar la enfermedad mental, las aflicciones psicosomáticas y su tratamiento, en Marruecos (Mateo Dieste, 2010: 215-272).²³⁵

Si atendemos a la cosmología musulmana el ser humano es uno más de los muchos seres creados por *Al-lâh*. Así parecen entenderlo las personas entrevistadas, y en lo que respecta a la *posesión por jenûn* los relatos nos hablan de una creencia muy arraigada entre la población marroquí que tiene su origen en la religión ya que estas criaturas (espíritus, diablos, genios, según quién los define de una forma u otra) son nombradas en el Corán (72, Sura de los genios 1-6) y es vivida con diferentes grados de apego. Todas las personas entrevistadas conocen la existencia de los *jnûn* y dicen creer en ellos porque el Corán los cita, aunque no para todas las personas estos seres tienen el mismo grado de realidad, ni representan el mismo peligro,

- (entrevistadora ¿tú crees en los *jnûn*?) Sí, creo en los espíritus, creo que hay alguien alrededor. Además yo creo en los *jnûn* porque como creyente musulmán, la religión musulmana habla de ellos (entrevistadora: ¿y qué sabes de los *jnûn*?) Lo que pasa es

²³⁵ Para profundizar en este tema véase este el interesante y bien documentado estudio de Mateo Dieste.

que... hay tanta información sobre los *jnûn*, el Corán habla de que son unos espíritus que están ahí y tal (7-H43-U-CT).

- (entrevistadora: ¿has oído hablar de los *jnûn*?) Sí (entrevistadora: ¿crees en ellos? Bueno yo nunca he visto uno, no los conozco, pero como están en el Corán... según nuestras creencias, o según lo que tenemos en el Corán, son como espíritus que viven con nosotros, que viven aquí en la tierra, que ellos a lo mejor nos ven, nosotros no los podemos ver (4-H34-U-CM).
- [...] Eso existe en el Corán. El Corán dice que existen los *jnûn*, los espíritus, que pueden ser malos o buenos, según el comentario del Corán de todo eso. Yo, como soy creyente y creo en el Corán, creo que existen. Pero yo en eso de que ellos crean enfermedades y todo eso no creo... (8-H40-U-CM).

La naturaleza de los *jnûn* es descrita por todas las personas entrevistadas en términos similares pero con matices diversos: criaturas, espíritus, demonios, hay *jnûn* buenos y malos, de género masculino o femenino, creyentes y no creyentes. También pueden adquirir formas antropomorfas o zoomorfas, o una combinación de ambas (persona con pies de cabra), pero en todos los casos son seres que viven junto a las personas pero en otra dimensión de realidad.

(Entrevista traducida)

- Es una criatura igual que el ser humano que Dios ha creado y lo ha creado antes que el ser humano: El ser humano no lo puede ver con los ojos, pero se puede meter por ejemplo en la figura de un animal o algo así. Entre ellos hay gente buena y hay gente mala, hay gente que le puede hacer daño a los seres humanos y hay otros que no le hacen daño a ninguno (2-H30-U-CM).
- [...] son como los seres humanos, algunos buenos, otros malos, unos hacen bien, otros hacen mal, hasta que el Corán nos cuenta la historia de un profeta que él hablaba con ellos, que les conocía, que vivían con él, que tienen poderes tremendos, que la mentalidad del ser humano no la puede entender, como por ejemplo en el caso de este *jinn* que él decía al profeta si quieres yo te traigo la silla de la reina tal antes de abrir tus ojos yo te puede traer de otro reino te lo traigo aquí, así que tienen poderes y así que viven en todos los lados, viven con nosotros. Pero yo todo lo que sé de los *jnûn* es a través de la religión. (entrevistadora: ¿Los relacionarías con las enfermedades, por ejemplo?) La verdad es que no, creo que no, lo único que sí que me comentaron es que ellos a veces se poseionan de la gente. Yo nunca he visto casos así directos, en la tele lo pasaban a veces, yo conocía a gente que lo había visto, además gente que ha estado con gente que hablaba con otra voz, cosas así, no sé... Gente así que yo conozco, mi hermano que hacía esto, decía esto, yo conocía a alguna persona también que decía que estaba poseído, o algo así... (4-H34-U-CM).

Se los puede encontrar en lugares sucios, abandonados o húmedos (ríos, fuentes, en los baños o en los desagües de las casas...), pueden incluso mezclarse con los humanos y contraer matrimonio con ellos.

(Entrevista traducida)

- (entrevistadora: ¿Tú crees los *jnûn*?) Sí, claro. (entrevistadora: ¿Has visto alguna vez alguno? Sí, he visto cuando era pequeña (entrevistadora: Cuéntamelo...) No pude verlos su cara, los veía sólo que están muy lejos...[...] Cuando están muy lejos, porque ella estaba con su abuela en el pueblo, estaban mirando por una ventanita pequeñita, había como una boda, hay ruido, hay la banda, hay colores de la luz, están gritando con la boca, y cogen la luz, rojo, amarillo, blanco, cuando están muy lejos se ve que es la boda, pero cuando se acercan, porque cerca es donde está la casa de su abuela, cuando se acercan no puedes ver (entrevistadora: ¿Y no había nadie?) No, no puedes ver (entrevistadora: había una boda a lo lejos pero que no era de verdad?) La boda verdad, pero de ellos (entrevistadora: ¿de los *jnûn*?) Sí, la boda de ellos, cuando estás cerca lo veías, que hay ruidos, hay luz, pero cuando acercas, porque ello lo sienten de lo mal, que lo sabían que hay gente que lo veía, cuando hay gente que lo veía lo sienten, porque hay unos ojos que no es de nosotros que lo veían, y cuando más se acercan, más se escapan de los ojos, hasta cuando están cerca no los puedes ver. (entrevistadora: ¿Y quién te dijo que eran *jnûn*?) Su abuela, que estaban hablando como nosotros, musulmanes...hablan como una persona normal (10-M29-R-CT).
- (entrevistadora: ¿Y qué sabes tú de los *jnûn*?) Para no tocar estas, siempre leer el Corán, siempre limpio, y también cuando entramos al baño nosotros decimos una palabra...(entrevistadora: Para protegerte de los *jnûn*...) Cuando entras al baño, porque siempre toca esas cosas siempre en sitio muy guarro (entrevistadora: Cuando estás sucio, porque los *jnûn* viven en sitios sucios (entrevistadora: ¿Y tú crees en los *jnûn*?) Sí hay, porque el Corán dice que hay (3-M35-U-CT).

Todas las personas entrevistadas, incluso las que son creyentes pero no practicantes del Islam dicen creer en estos seres y haber visto u oído hablar de personas afectadas por ellos. Sólo una de las personas refiere haber padecido, supuestamente, según le contó su madre, los efectos de un *jinn* cuando era niño y haberse curado de la dolencia física tras pasar tres días en un morabito y someterse a una curación religiosa.

- [...] Claro, tienes que pedir de Dios, no vas a pedir de personas. Las personas no dan nada, pero hay personas que creen eso, esto un mal creyente. Bueno, resultado: que mi madre me ha cogido ahí, en este sitio, y quedamos ahí tres días y tres noches también, y volvemos a la casa, y se ha ido el problema. (entrevistadora: Se fue el problema de tus pies y pudiste ya apoyar las piernas...) Ya como si nunca ha pasado algo. (entrevistadora: Pero no se te hinchaban los pies ni nada, simplemente es que se giraban...) Sí. Esto se dice que había un *jinn*, porque en este sitio vivían ellos. Cuando yo entraba ahí he hecho algo malo para ellos (5-H34-U-CT).

Los *jnûn malos* al poseer a las personas las hacen enfermar o les infligen sufrimientos diversos del cuerpo y de la mente. Algunas de las personas entrevistadas, las de mayor nivel de estudios, relacionan las supuestas posesiones por *jnûn* con aflicciones psicósomáticas no folk, con la enfermedad mental.

- [...] que el poder siempre es del Dios todopoderoso, pero porque la gente, los *jnûn* están en muchos aspectos. Porque te has portado mal, no sé qué te sale un *jinn* de no sé qué, en casas vacías se supone que siempre hay *jnûn* (entrevistadora: Entonces los *jnûn* se supone son espíritus...) Espíritus que viven contigo en una casa o no (entrevistadora: ¿Pero siempre te pueden hacer daño o que pueden ser buenos?) No, se supone, cuentan, yo nunca he visto un *jinn*, la gente hasta que dice que los ha visto, depende, si tienes suerte

puedes conocer los buenos o los malos. Los malos son los que hacen daño, los buenos no, entonces qué pasa, ahí está la película que yo no entiendo. Yo no entiendo muchas cosas de mi vida, pero bueno. Cuando tú estás por ejemplo mal, te suelen decir, mal de la cabeza, es que estás poseído por los *jnûn*, pero malos, entonces yo conozco a un *fqîh* o un no sé qué, que él tiene bajo sus órdenes a unos *jnûn* buenos, y él con esos va de alguna manera a hacer que salgan los malos. (entrevistadora: O sea que se relacionan más con enfermedades mentales, más que con enfermedades físicas) Sí, sí, sobre todo. Estás a oscuras ya, enfermedades mentales. *Cuando hablamos de jnûn y todo eso, todas esas historias, son enfermedades mentales. Lo físico no...* (7-H43-U-CT).

Otras sin embargo, no establecen las relaciones entre la posesión por *jnûn* y la enfermedad mental, aunque si creen que los *jnûn* conviven de diferentes maneras con las personas y les causan aflicciones y daños diversos cuando entran en contacto con ellos, o cuando sufren sus ataques inesperados. Síntomas diversos aparecen en las entrevistas en relación a la posesión por *jnûn malos* (los buenos no son citados por los informantes): caídas, llantos, gritos, delirio y cambios en la voz (mujeres que hablan con voz de hombre), alternancia de crisis con periodos de *normalidad* en personas en las que habita un *jinn*, intentos de suicidio, etc. Y, además, parece que es posible discernir entre un ataque de nervios y los ataques de los *jnûn*: el estado de trance marca la diferencia, caídas acompañadas de cambios y movimientos en los ojos, glosolalia, o cambios en la voz son síntomas folk de posesión:

- [...] Yo he visto una chica en Marruecos (entrevistadora: Que tenía *jinn*?) Sí, habla con voz de hombre... ella habla como mujer, pero cuando ella nerviosa cae al suelo y habla con voz de hombre... Hay crisis, cómo se llama, ataques normal de nervios, pero hay ataques de *jnûn*. Hay dos cosas, pero hay gente sólo cae con ataque de nervios, cogerle, gritar, pero esa chica no: cambia ojos y todo el cuerpo así, y habla con voz de hombres (3-M35-U-CT).

En este caso, la mujer que nos habla, de origen rural y analfabeta, ha tenido una relación más cercana con esta creencia mágico-religiosa con la que ha convivido estrechamente desde niña, ha estado presente en su vida antes de la inmigración y ahora la relata con todo lujo de detalles:

(Entrevista traducida)

- (entrevistadora: ¿qué provocan en las personas, qué pueden producir en las personas, qué efectos tienen?) Hay veces que lo echan mucho daño, hay los que están buenos con ellos. Una chica de su familia, pobrecita, está minusválida, los ojos, la boca, si por ejemplo está en una mula se cae sola, a ésta sí que le han hecho mucho daño. (entrevistadora: Eso por culpa de los *ynûn*?) [...] Sí, cuando estaba mayor... por ejemplo, ha pasado... porque a veces ellos se sentarán en el medio del camino, pero tú no sientes que están sentados ahí, en el pueblo de ellos hay mucho (entrevistadora: ¿hay?) Sí, porque hay mucha agua, y ellos viven donde está agua... (entrevistadora: Donde hay fuentes de agua...) Sí, y a lo mejor que ha pegado perro, ha pegado gato que no sabes quién es, y ahí ya está, si lo pega de una vez. Hay una mujer que ha dicho que está casada con un *jinn*. (entrevistadora: casada con un *jinn*?) Sí (entrevistadora: ¿Y cómo lo sabe? ¿Al marido quién lo ve?) Está

mujer no está casada, porque si está casada la mujer no puede casarse. Si está casado con *jinn* no se puede casar con un hombre. (entrevistadora: ¿ah no?) No (Entrevistadora: ¿Pero y cómo lo sabes que está casada con un *jinn*?) Por ejemplo un hombre, me parece que tiene noventa años para arriba, es viejo, está casado con ella, está siempre en la casa, pero la gente que están ahí no le abren a la mujer...no, él sí, él está hablando con ella, comiendo con ella, dormirán juntos... (entrevistadora: O sea que tú conoces a una mujer que está casada con un *jinn* y a un hombre que también, que está casado con una mujer *jinn*?) Está con una mujer *jinn*. Esto no se puede casar en toda su vida, porque ya está casado, porque ellos no les dejan que se casen más. Ellos tienen a lo mejor hijos con ella. (entrevistadora: ¿pero los hijos quién los ve?) Sólo él, nada más. Los ve sólo él, los demás no. (entrevistadora: ¿Y eso no puede ser que él tuviera alucinaciones, que no estuviera bien de la cabeza?) No (entrevistadora: ¿Cómo se sabe que una persona está casada con un *jinn* y que es verdad?) Por ejemplo, cuando un hombre está casado con una mujer *jinn*, cuando se va a casarse con una mujer, humano como nosotros, cuando se va a casarse ese casamiento no se termina, se quedan en medio. ¿Cómo se queda en medio? Se calla, cuando se calla habla de voz de la mujer. Cuando habla de voz de la mujer enfrente de todo el mundo, ella habla y le dice a la gente que este hombre, que es suyo, está casado conmigo, y no puede casarse. Y ahí lo saben. (entrevistadora: Y eso puede ocurrir el día de la boda?) No, por ejemplo que si va a casarse, porque en Marruecos primero se va a hablar con el padre de la novia, que quiere casarse con tu hija, esto, esto, si están de acuerdo el padre, la madre y la novia, si están de acuerdo bien, lo hacen un día, digamos el día diez de agosto venimos para hacer la boda, se invita a todos para el día diez la boda. Este hombre no, antes de que llegue el día de la boda, cuando se fue para preguntarse al padre de la novia que yo quiero casarme, ahí se calla, cuando se calla habla de voz de una mujer (entrevistadora: De la *jinn*?) De la *jinn*, y dice que este hombre, que soy yo, el que habla, que este hombre no puede casarse contigo, que está casado conmigo, y ahí lo sabe, porque enfrente de todo el mundo, ahí lo sabe la gente que está casado con *jinn* y no puede casarse. (entrevistadora: ¿los *jnûn* producen enfermedades? Esa chica dices que estaba mal, pero qué enfermedades, el mal de ojo, por ejemplo lo pasan?) No, no pasan el mal de ojo. (entrevistadora: ¿Y qué enfermedades provocan?) Se quedan como minusválidos, todo está arruinado, todo... [...] ¿Y tienen algo que ver con las enfermedades de la mente?) No tienen nada que ver, porque cuando está viviendo en él, está viviendo en él y ya está. Cuando lo toca el *jinn* nosotros decimos que está viviendo en él, que no va a salir. No sé si puede curarse, pero no sé adónde va. Tiene que estar un hombre que estudia el Corán mucho para sacarlo, es difícil... Puede, leyendo el Corán (entrevistadora: Porque ese hombre que estaba casado con una *jinn*...) No, si está casado no se puede. Creo que no se puede (entrevistadora: Y la mujer que estaba casada con un *jinn* tampoco...) Casada, no está casada, porque ya está casada con un hombre, él sólo está viviendo en ella, se cae al suelo, se habla de voz de hombre. Esto se puede curar con el Corán. (entrevistadora: ¿Y tu amiga que está tan mal?) También con Corán sí, pero la mayoría de la gente que no hagan el caso, entiendes, cuando le ha entrado el *jinn* ya está, ha entrado, normalmente no, normalmente tiene que buscar una solución, van a un imam o a un sitio que un señor que está leyendo el Corán ... Que hay gente que quieren hacer un favor, y hay gente que quiere sólo el dinero. Hay gente que está buscando dónde va a hacer un favor (entrevistadora: ¿Y en las *zawiya* o en los santuarios?) En las *zawiya* la mayoría que no, la mayoría que buscan sólo el dinero, el que está en la *zawiya* busca sólo el dinero, nada más. (entrevistadora: ¿y los *fqîh*?) También si están en la *zawiya*. Tiene que estar en su casa, por ejemplo, claro, quiere hacer un favor cuando viene una persona a él, que no pide ni dinero ni nada (10-M29-R-CT).

El Corán se convierte en una *opción terapéutica* a la hora de ayudar a las personas poseídas. Puesto que es la religión la que lleva a la gente a creer en los *jnûn*, las prácticas para librarse de los efectos nocivos de su posesión pasan también por la

religión, sobre todo por la lectura del Corán por parte de personas capacitadas para ello por su conocimiento del Libro, que deberán actuar siempre de buena fe y sin ánimo de lucro. En el relato anterior la informante pone en cuestión que las curaciones coránicas sean siempre hechas por personas honradas y competentes, pero lo que es obvio es que las curaciones religiosas son un recurso terapéutico muy utilizado y conocido, a veces el único posible frente a este tipo de aflicciones, sobre todo para personas que viven en el medio rural y/o tienen difícil acceso a otro tipo de terapias psicológicas. Además de la opción de la curación coránica, buscar ayuda en el sector profesional (psiquiatras y psicólogos) es otra posibilidad, no siempre demandada y/o accesible a todas las clases sociales pero. Pero, sobre todo, acudir al sector profesional biomédico implica que la persona afectada o su familia establezcan una relación entre el síntoma y la enfermedad mental en el que la creencia en los *jnûn* no tiene cabida.

- (entrevistadora: Y para librarte de los *jnûn*, cómo se hace?) Nosotros, es que yo creo que depende de cada cultura, o cada religión, pero en nuestro caso se hace a través del Corán, como el exorcismo se hace a través de la Biblia, pues en nuestro caso se hace a través del Corán leyendo versos del Corán, a veces es difícil que no quiere salir, a veces...dicen, que yo no... conozco mucho el tema, solamente lo que he leído en el Corán, que viven, que tienen poderes y también lo que he escuchado de la gente que algunos dicen que han estado... que viven en los servicios y lugares así... (4-H34-U-CM)
- [...] Eso que dicen que los han visto o eso, yo personalmente no creo en esto, pero claro, hay gente que la enfermedad le afecta hasta un punto que se imagina cosas, a veces. En mi opinión eso no tiene sentido, pero... (entrevistadora: Pero, hay personas que pierden el juicio, gritan y deliran y se les hace un exorcismo porque están poseídas por un *jinn*...) No todos. Eso claro, como te he dicho, depende del nivel cultural de la gente, hay gente que cree que el origen de eso es el *jinn* (entrevistadora: ¿Y se curan? cuando van al *fqîh* o al *tâlib*, cuando les hacen algún exorcismo ¿se curan?) Yo que sepa hay muy pocos que pueden curarse, algunos empeoran. Pero yo no creo que se sepa que la mayoría de la gente va a ese tipo de curación, porque hay gente que se va a los sicólogos, psiquiatras (8-H40-U-CM).

Los límites entre la posesión y la enfermedad mental son difusos incluso para las personas muy creyentes. Parece que, además de las creencias religiosas más o menos arraigadas, una vez más, otras variables socioculturales influirán en las teorías causales y en la interpretación de estas aflicciones psicosomáticas de origen mágico-religioso y en su permanencia,

- (entrevistadora: entonces, un *jinn* entró en tu cuerpo y te enfermó?) No lo sé si es verdad o no, yo no... bueno es que tengo dudas en este tema, aunque veo cosas que no son... que explican esto, que a veces ves personas, ves una mujer que habla de voz de hombre ¿cómo esto pasa? No lo sé. Hay dos opiniones en este tema: hay algunos que dicen que son enfermedades mentales, es psicológico, y hay otras que dicen que no, son los *jnûn*, y que ellos pueden sacarlos del cuerpo de esas personas (entrevistadora: ¿tú has visto alguna vez en Marruecos personas con *jnûn*?) Sí, muchos (entrevistadora: Y en España?)

En España nunca he visto nadie, es que no lo sé... (entrevistadora: Los *jnûn* entonces producen problemas a la salud?) Sí (entrevistadora: Y tú crees en los *jnûn*?) Los *jnûn* existen, porque el Corán dice esto, tienen su mundo. Hay musulmanes y hay personas que no creen, y musulmanes que no son practicantes, porque esto se dice en el Corán, cuando ha llegado el Corán hay un grupo de *jnûn* que han escuchado el Corán del Profeta y luego se han ido a informar a otros grupos, que hay un Corán que dice que tienes que tener fe en Dios, tal, tal, y luego cuentan que es de nosotros, están hablando de ellos mismos, de nosotros hay *jnûn* que son creyentes, hay *jnûn* que no son creyentes, es un mundo. Viven alrededor de nosotros (5-H34-U-CT).

Para el imam, el Islam tiene una *función protectora* para las personas y para los lugares que éstas habitan. La oración protege los hogares y a sus moradores frente a la acción maléfica de los *jnûn* que pueden dañar el cuerpo pero, sobre todo, tienen su mayor impacto maléfico en la esfera psicológica de las personas musulmanas, o no musulmanas incluso. En todos los casos, según él, la lectura del Corán será igualmente salúfiera,

(Entrevista traducida)

- (entrevistadora: O sea que pueden provocar enfermedades, también..) Pueden también provocar enfermedades (entrevistadora: Y enfermedades de qué tipo: físicas, mentales...) Pueden afectar al ser humano en su cuerpo y en su mente (entrevistadora: cuando una persona enferma porque uno de estos seres le ha provocado la enfermedad, cómo se le puede curar?) Si cuando uno está así enfermo por el *jinn* o algo así le cura a través del Corán, con algunos versos del Corán, que hay versos específicos que ellos utilizan para curarle, y que a veces a lo mejor uno que está enfermo y no sabe de qué va al doctor va al hospital y dice que es normal, que no le pasa nada, pero no sabe que lo que tiene es eso, y que sí que se puede curar, y que la única manera que se utiliza con él es lo que ellos hacen, a través del Corán (entrevistadora: Que él mismo también sabe hacer eso, esas curas espirituales?) Él no tiene esa especialidad, él no es especialista en eso, pero lo que se utiliza con eso lo conoce todo el mundo y lo aprende el imam y gente que no son ... pero lo aprende esos versos que se utilizan (entrevistadora: Y cómo sabe una persona si esté enferma porque hay uno de estos *jnûn* ...) Cuando empiezas a leer, si uno está así con esa enfermedad, cuando empiezas a leer versos del Corán delante de él o algo así cambia suda, a veces grita, sí que... Hace casi un mes una chica de aquí española de 20 años y que estaba enferma, y su vecino que era musulmán y conocía ella vino con él aquí y él leyó el Corán y todo y salió de aquí bien, pero ahora no sabe cómo es su estado. (entrevistadora: Pero ella era musulmana también?) No, no, era española de 20 años (entrevistadora: Ella no era musulmana, o sea que los *jnûn* pueden actuar sobre musulmanes pero también sobre no musulmanes) Cualquiera, es igual. (entrevistadora: Estas enfermedades por *jnûn* ocurren más en Marruecos que en España?) Aquí se dan mucho los casos de mujeres que, según le consta cuando vienen aquí se están más... padecen más esta enfermedad, y que eso es porque dice: ¿dónde viven estos *jnûn*? viven en lugares que están ahí abandonados, donde no vive nadie, donde no hay nadie, sucios o algo así, ahí es donde ellos se acostumbran a vivir, y dice que también si la casa no está protegida, ni se protege, porque si uno lee el Corán, donde se reza, donde hay... donde se hace oración y todo es una protección que se hace a la casa, si la casa está protegida el *jinn* no puede entrar... no puede hacer daño a ninguno, pero si no está protegida la casa con las oraciones, con las cosas que se hace sí que él tiene más posibilidades de hacerle daño a la gente, en este sentido. La mayoría de los casos en que se da es porque la gente está lejos de la religión (entrevistadora: O sea que hay una relación entre separarse de la religión y enfermar) Si practicas estás protegido, si estás lejos tienes más posibilidades de

padece una enfermedad así (entrevistadora: Él cree que las enfermedades que provocan los *jnûn* son más del cuerpo o más de la mente, los síntomas que dan son más del cuerpo o más de la mente?) Él lo que dice es más psicológico. Es una enfermedad más psicológico, a veces le parece que ve algo pero no ve nada, o cosas así que es más psicológico. Hace una semana una señora española de aquí estaba casada con un señor argelino que también padece esta enfermedad, así que están separados pero a veces él entra, viene, le acusa en la casa o algo así, y ella ha venido aquí a ver qué es lo que se puede hacer con él... (2-H30-U-CM).

Para esta informante, los *jnûn* no atacan a las *buenas personas*. Ser buena persona, no odiar ni sentir envidia también te protege, pero a la inversa, la envidia y el odio de otras personas parece que puede ser causa también de debilidad frente al ataque de los *jnûn*. Para ella, además, los *jnûn* pueden también actuar en ambientes no musulmanes, pero no así atacar a personas no musulmanas,

(La informante no domina bien el castellano. La entrevista se hace sin traducción por lo que muchas veces hay que incidir en las preguntas y las respuestas pueden parecer faltas de sentido)

- [...] Cuando el Corán da orden, sabes bien Corán, que dice que habla con él (entrevistadora: Y cuando una persona tiene un *jinn* y se pone enfermo, son enfermedades mentales, más de la cabeza, o también son enfermedades del cuerpo?) Sí, todo. Pero esa cosa el *jinn* viene cuando hay gente mal, cuando echas mal, por ejemplo yo odio, voy una persona haces las cosas mal, voy a darte de comer, entonces tiene el dolor, siempre, si no tiene... siempre limpia. [...] (entrevistadora: Y cuando alguien se enferma porque tiene algún *jinn*, quién le cura?) Quien sabe muy bien el Corán, si que no va el también a pasarlo algo mal, sí, cosas del Corán. [...] El imam sabe cosas del *jinn*, pero no sólo sabes... yo también sabía leer el Corán, pero no tengo el trucos como voy a... yo no sabía todo el Corán. (entrevistadora: O sea que el ataque se puede curar leyendo el Corán...) Sí. Yo he visto una chica que acabé con agua (entrevistadora: O sea el *jinn* se va con el agua. ¿tú puedes evitar que un *jinn* entre en tu cuerpo o si el *jinn* quiere te enfermará? Si tú eres una buena persona los *jnûn* no te hacen daño...) No por buena persona, pero una chica te odia, tenía envidia de ti por algo, porque tienes dinero, porque tratas bien, por ejemplo... (entrevistadora: Tú dices que en Marruecos sí que has visto a gente que tiene *jnûn*, aquí en España la gente de Marruecos o algún país musulmán ¿también es atacada por los *jnûn*?) Te acuerdas de M...? Sí, ella dice: un día yo quiero saltar la ventana por nada, y habla con voz raro, y cambia cada día, ella dice pero no sé (entrevistadora: O sea que aquí hay veces que las personas tienen *jnûn* en España, da igual que estén en Marruecos que estén aquí...) Una chica gitana también, aquí, cerca de aquí, que dice ella yo no los tenía, pero la familia dice ella tenía diablo... ella no puede entrar en la iglesia... cuando ella entra en la iglesia cayó [...] Pero hay gente que pensaba tener el yin y ella tenía el nervio (3-M35-U-CT).

En la siguiente Tabla se muestran las distintas creencias de los y las informantes sobre la naturaleza de los *jnûn* en los que todos y todas creen, los contactos que han tenido con estos seres y los efectos conocidos de la posesión:

Código identificación	Conoce y/o cree en existencia <i>jnûn</i>. Naturaleza de los <i>jnûn</i>	Los ha visto	Efectos de la posesión
1-M35-U-CM	“Es como fantasmas, no, parecido pero no es fantasma” “y yo también creo, eh, a veces yo también creo”	No, ni en Marruecos ni en España	Coger “susto”, enfermedades casi siempre de psicólogo.
2-H30-U-CM	Cree en ellos. Son criaturas creadas por Dios, buenas o malas. Estar alejados de la religión favorece su posesión	No pero conoce gente que los ha tenido.	Enfermedades del cuerpo y de la mente, pero más psicológicas
3-M35-U-CT	Conoce su existencia y cree en ellos La envidia de otras personas, la suciedad	No, pero conoce gente que los ha tenido. Ha presenciado sus efectos sobre las personas	Estados de trance. Posesión
4-H34-U-CM	Espíritus buenos o malos Conoce y cree en ellos	No	Posesión
5-H34-U-CT	Como si fueran diablos	Sí	Crisis, ataques de nervios, gritos, ojos “cambiados”, voz “rara”, de hombre en mujeres, enfermedades del cuerpo
6-M28-U-CM	No los define, los conoce, “ha oído hablar de ellos”	No “no, yo no les he mirado”	No refiere
7-H43-U-CT	Espíritus buenos o malos Conoce y cree en ellos	No	Enfermedades mentales
8-H40-U-CM	Diablos o malos espíritus	No	Posesión y enfermedad mental
9-H36-U-CT	Demonios	Sí	Posesión
10-M29-R-CT	No los define, pero cree en ellos	Sí	Su posesión deja a las personas “como minusválidos”. Provocan accidentes, caídas “Arruinan” la vida No producen mal de ojo, ni otras enfermedades. No relaciona síntomas con enfermedad mental o aflicción psicósomática

Tabla 13. Creencias, relaciones y consecuencias de la posesión por *jnûn* según los y las informantes. Elaboración propia.

En lo relativo al *mal de ojo* ('*ayn*'), Mateo Dieste explica que, conectado con la envidia (*hasûd*) que actúa a través de la mirada, puede interpretarse como expresión de muchos conflictos personales y sociales. Así, determinados males y enfermedades, situaciones inexplicables, o incluso las malas cosechas pueden ser explicados por el poder innato de algunas personas que se correspondería «en parte con la definición de brujería formulada por Evans-Pritchard, vinculada al poder innato de ciertas personas, generalmente consciente, pero también potencialmente ajeno a su voluntad» (2010: 226). En lo que respecta a los datos recabados en las entrevistas, sólo cuatro de las diez personas entrevistadas hacen referencia a este síndrome de filiación cultural, pero sólo dos personas de ellas, 9-H36-U-CT y 10-M29-R-CT, creen que este mal es un peligro real en sus vidas y para la salud de las personas, en especial de los niños/as que son los más vulnerables a la envidia, a la mirada envidiosa de otras personas, de otras mujeres. Sólo estas dos personas han hecho uso de terapias tradicionales (fumigaciones con *bukhûr*) para curar el mal de ojo de su pequeña hija que lo padeció durante un viaje de vacaciones a Marruecos:

- (entrevistadora: Eso fue lo que le pasó a vuestra niña cuando fuisteis a Marruecos) Sí, o a cualquier persona, por ejemplo yo digo: ay qué guapa... El mal de ojo, por ejemplo pasa un niño y digo, ay, qué guapo, pasa otro, ay qué guapo. Ahí el niño coge el mal de ojo. (entrevistadora: Eso fue lo que le pasó a vuestra niña cuando fuisteis a Marruecos?) Sí, o a cualquier persona, por ejemplo yo digo: ay qué guapa... (entrevistadora: Entonces el mal de ojo te lo puede pasar cualquier persona) A cualquier persona. Si está grande o pequeño es igual, cuando dice ay, le cae una cosa mala. (entrevistadora: Pero a lo mejor esa persona no quería hacer daño...) Sí, pero él no lo sabía, cuando pasa un niño por delante de una mujer, ay qué guapo. En Marruecos los musulmanes tenemos una cosa: tienes que decir masala, [...] (entrevistadora: masala, es lo que tienes que decir cuando ves a un niño, ¿no? antes de empezar a hablar...) Sí, de hablar... (entrevistadora: ¿Qué significa?) Significa como “lo que quiera Dios...que Dios lo cuide” [...] (entrevistadora: ¿Y qué haces?, porque si la gente no te dice masala, o que Dios le dé salud... ¿qué haces?) Nada, No puedes hacer nada, porque si tú estás pasando una calle... por ejemplo en Marruecos normalmente escuchas estas palabras, ay qué guapo, por ejemplo, si va su madre con la niña y se encuentra con las mujeres, ay qué guapísima, ay qué gordita, ahí el niño cogerá rápidamente el mal de ojo (entrevistadora: ¿sí?) Sí, porque está enfrente de ti, y la madre está escuchando estas palabras, ¿me entiendes?, no es como si pasa un niño por ahí y digo ay qué guapo.(entrevistadora: O sea tiene que ser que se lo digas al niño...) Sí, eso ahí coge el ojo en el acto (9-H36-U-CT).²³⁶

²³⁶ La expresión coloquial *masala*, *-mā shā Allāh* o *masha'Allah-*, es considerada por los musulmanes en numerosos contextos como una protección frente al mal de ojo, la posesión por *jnûn* o los celos, y su uso es habitual. También es denotativa de alegría, aprecio o gratitud, admiración o bendición. Si queremos evitar el temor que algunas madres marroquíes pueden sentir a que alguno de sus hijos/as enfermen de mal de ojo cuando elogiamos su belleza o robustez, podemos terminar el comentario elogioso con esta expresión. De esta forma Dios protegerá al niño/a frente al mal de ojo que cualquiera, incluso sin ser consciente de ello, puede transmitir.

De entre una larga lista de rituales, objetos y sustancias profilácticas, los informantes destacan las fumigaciones con *bukhûr*, la lectura del Corán y la utilización del amuleto protector denominado *mano de Fátima* (ya mencionado anteriormente, véase en Anexo 4), conocido también como *khamisa* (cinco) en referencia a los dedos de la mano:

- [...] Bueno, lo coges este que se llama el *bukhûr* (entrevistadora: *bukhûr*, que es un polvo de la Meca, ¿no?) No es polvo, son como piedras, hay negro, hay blanco, hay sal, y lo coges a uno que lo has visto ahora esto, que hay pequeños (me enseña un pequeño cuenco). (Entrevistadora: Para quemar...) Sí, donde lo ponen carbón, está así, pero está un poquito abierto, que tiene tres piernas, lo pones un poquito de carbón, son trozos pequeñitos, lo enciendes el fuego, y lo tiras, lo tiras y lo pasas encima de la cabeza del niño. El *bukhûr* que lo escuchas hace *tac, tac, tac*, ahí cuando se acaba, cuando lo veas así, en el carbón, lo ves como ojo (entrevistadora: En el carbón que queda...) Sí, lo ves como ojo, y lo sacas con una cucharita o algo, lo sacas y lo metes como un polvo aquí al niño (entrevistadora: Ese ojo lo pones aquí en el pecho del niño, el cuello...) Sí, y lo dejas. Ahí significa está curado (entrevistadora: Y eso funciona...) Sí, porque yo lo he probado a mi hija. Cuando fuimos al pueblo de H..., cuando estamos en Tetuán, en la ciudad, fuimos a un pueblo, donde está su padre y su hermana, y hay mujeres que, lo sabes, ay qué gorda, ay qué guapa, como conocen a H..., fuimos ahí y estamos en el pueblo, y una mujer muy conocida de mal de ojo (entrevistadora: Que lo pasa?) Sí, lo pasa rápido (entrevistadora: qué son, ¿mujeres mayores?) Sí, son mujeres mayores, ... a ver, y tiene hierbas también, tiene como especias(el *bukhûr*). Y esto es lo que pones encima del carbón [...] (entrevistadora: ¿y estas piedras de dónde salen?) Lo traen de la Meca. Pero mira (me enseña una bolsa con *bukhûr* que el informante y su mujer guardan en su casa de Castellón, por si tuvieran necesidad de utilizarlo) hay semillas también... (entrevistadora: Y esto es lo que tú pones un poquito encima...) Sí, del carbón cuando está encendido (entrevistadora: ¿huele mal?) No huele bueno. (entrevistadora: Entonces tú lo tiras encima del carbón y cuando se acaba se forma un ojo..) Un ojo (entrevistadora: ¿y las piedras se queman?) Sí, todo, todo [...] Pero eso sólo cuando piensas que tu niño ya tiene el mal de ojo. Sí, porque el señal, cuando está el niño pequeño que no habla, que no tiene un año, tenía me parece... tenía cuatro meses, la niña de cuatro meses no habla. Está llorando, llorando por la mañana, por la tarde, por la noche, y no come nada, cada hora, no ha dormido nada. Ahí la ha cogido la hermana de H..., esto de carbón pequeñito, le ha puesto un poco de carbón, le ha puesto un poquito de *bukhûr*, cuando lo ha pasado por encima de su cabeza, por encima de ella para que chupe un poquito de humo, ha encontrado un ojo, pero ojo, y me ha enseñado, ¿lo ves? Que lo veas así, me ha enseñado el ojo, está ahí, y lo ves así, y lo coges, porque es como un polvo, lo metes al niño y ya está. (entrevistadora: Lo pones al niño y ya está, se le pasa...) Sí. El Corán también curará (entrevistadora: El Corán..., pasar el Corán por el niño...) No, ahí tienes que leer. (entrevistadora: el *bukhûr* viene siempre de la Meca?) Sí (entrevistadora: ¿y eso lo puedes encontrar en las tiendas de Marruecos?) Sí, hay mucho (entrevistadora: ¿y sólo sirve para el mal de ojo?) Sí, sólo sirve para eso... Si está por ejemplo mal de demonios, si ha entrado en *jnûn* (entrevistadora: Ah, el *jnûn* también sirve, o sea que sirve para las dos cosas. Pero eso lo puedes comprar tú en la tienda, comprarlo y tenerlo en casa...) Sí, lo tengo ahí, ¿lo ves? Te enseño para que lo expliques en español (9-H36-U-CT).

La *mano de Fátima*,²³⁷ es un amuleto protector frente a muchos males y en especial frente al mal de ojo y los ataques de los *jnûn*. Es un amuleto de uso común y es una costumbre popular muy arraigada regalarlo a los recién nacidos. El siguiente segmento textual es significativo en relación a estos aspectos:

- [...] Pues que tenemos costumbre, la manita de Fátima... la primera cosa que va a poner en Europa es la mano de Fátima, y si no tienes no te preocupes porque por lo menos te van a regalar 40 o 50 manos de Fátima, porque toda la gente, voy a regalar mano de Fátima, voy a regalar mano de Fátima, entonces si no tienes no hace falta que lo compres porque te lo van a traer, tenemos costumbre de ponerlo, dicen que quitan el mal de ojo, y he visto ya aquí, por ejemplo aquí en España una cosa, por ejemplo yo tengo un bebé, y salgo a la calle, y me encuentro con mis vecinos, compañeros, digo hola, hola, mira, mira mi bebé, hace dos meses tenía dos kilos y mira cómo ha engordado, se ha puesto cinco kilos, mira cómo ha engordado, aquí es normal (entrevistadora: Sí, aquí eso es normal...) Pero en Marruecos dices eso y madre mía, a ver si pasa algo a mí [...] Aquí lo ha visto normal, ay qué gordo, pero ahí no, ahí si dices ay que gordo, esa chica se va todo el camino pensando que a su hijo le va a pasar algo. Madre mía, ¿pero por qué esa me dice así? [...] En noventa por cien mujeres, más que hombres, mujeres si tú dices esto se enfadan, dentro, no va a decir... se enfadan y le entra miedo, o dice ay madre, qué ojos tan grandes, a dónde va con los ojos, por ejemplo (entrevistadora: pero eso es un elogio no te parece?) Sí, pero ella normalmente dice ay, pero no pienses en eso, tienes que decir ay! que lo cuida Dios, si está guapo que lo cuida Dios, con palabras nuestras, pero si dices ay qué gordo es!, come mucho, y si tú dices come mucho esa señora no va a dormir en toda la noche, si le entra el dolor de barriga es porque tú le has dado mal de ojo. Puede ser casualidad que le ha entrado dolor de barriga, por casualidad.[...] eso sí que creemos en Marruecos, creemos muchísimo.... (1-M35-U-CM).

En Marruecos cualquier elogio a la belleza o al buen aspecto de un niño pequeño se acompaña siempre, a modo de fórmula protectora, de alguna alusión a Dios, al deseo de que Dios proteja a este niño/a de todo mal. En los contextos migratorios, donde la biomedicina es hegemónica y las enfermedades folk son reinterpretadas, o simplemente ignoradas, desde este modelo científico-técnico, el mal de ojo y otras aflicciones folk han dejado de ser reconocidas y conocidas popularmente. El mal de ojo, tan común y frecuente en las culturas mediterráneas tradicionales, es prácticamente desconocido hoy en día en la mayoría de sociedades europeas receptoras de migrantes, donde no es considerado ya como una categoría nosológica, ni como un problema de salud. Sin embargo para muchas personas marroquíes de origen rural, pero también en las ciudades, fundamentalmente mujeres y madres, con un nivel de formación bajo o analfabetas, el temor a que sus hijos enfermen de este mal sigue siendo una

²³⁷ El crucifijo se puede considerar también un amuleto. Regalar crucifijos en los países de tradición cristiana sería una costumbre similar a la de regalar manos de Fátima: llevar un crucifijo no es sólo una señal de identidad cristiana, cumple también una función simbólica protectora frente a los peligros.

preocupación real también en su vida de migrantes. Desde el punto de vista de la competencia cultural y la convivencia intercultural, es importante conocer esta realidad y saber cómo afrontarla.

El contacto intercultural sin embargo cambiará también esta percepción de peligro de las madres marroquíes respecto al aojamiento: en la inmigración el “riesgo” de mal de ojo es menor, y las madres perderán el miedo a que los elogios a sus niños puedan ser acompañados de este mal. Se acostumbrarán a los nuevos hábitos y perderán el miedo. El mal de ojo no circula de la misma forma en el nuevo contexto.

(Continuación del relato anterior)

- (Entrevistadora: Y entonces al niño, para evitar que eso ocurra ¿qué le tienes que decir a la madre, o es mejor no decirle nada al niño?) No, ay qué guapo!, que le cuida Dios o algo, por ejemplo (entrevistadora: Y ya está, y entonces ya la madre se quedará tranquila?) Sí. (entrevistadora: Pues eso aquí también o ocurrirá, cuando los niños marroquíes van por la calle y se encuentra con una amiga, van al médico, con la enfermera, verá al niño, le dirá: ah qué niño tan gordito, qué bonito, o cualquier cosa..) Pero no, cuando viene aquí se acostumbran, el primer día, el primer mes, segundo mes sí, y también (entrevistadora: ¿a ti te pasó eso?) Claro, al principio dices ay, cómo hablan aquí, y mi hermana empieza, ay que aquí es normal, que no pasa nada, si dicen tu hijo come mucho hoy eh?, por ejemplo, entonces te lo tienes que coger a normal, porque aquí lo que piensan lo sacan... (1-M35-U-CM).

Para otro de los informantes la creencia en este mal está fundamentada en religión: el Corán cita el mal de ojo en una de sus aleyas, por este motivo hay que creer en él, y es también a través de la lectura del Libro, de la recitación coránica, como se podrá obtener protección frente a él. La *lectura o recitación del Corán* cumplirá con su *función protectora* frente al mal de ojo. Según este informante las últimas aleyas del Libro son especialmente relevantes para este fin y también para protegerse de los efectos de la magia:

- [...] El mal de ojo está en la religión, eso es no solamente se habla sino en la religión nos dice que hay que tener cuidado con el mal de ojo, porque ha habido un montón de cosas ahí, creo que en los dichos, la Sunna que te había dicho, que hablan del mal de ojo, y que hasta que hay que leer algunos versos del Corán para protegerse del mal de ojo, que hay versos del Corán que hay que leer para tener como una especie de protección del mal de ojo o algo así. Y hay una aleya que precisamente, para que tú la puedas leer (entrevistadora: Tú la conoces, esa aleya?) La verdad es que la conozco, pero la buscaremos, porque es una de las últimas que hay en el Corán (4-H34-U-CM).

El informante en su relato no especifica en qué sura o azora se encuentra esta aleya, pero es posible que se esté refiriendo a la 113. *Sura de “El rayar del Alba”*(1-5): « (1) Di: me refugio en el Señor del rayar del alba. (2) Del mal de lo que ha creado (3) Del mal de la noche cuando se hace oscura (4) Y del mal de las que soplan en los nudos

(5) Y del mal del envidioso cuando envidia». Si leemos esta Sura con detenimiento veremos que la aleya 4 puede hacer referencia a las mujeres que ejercen la magia como la vidente (*shuwwâfa*) y a la hechicera (*sahhâra*), y la aleya 5 sería específica para la protección frente al mal de ojo vinculado a la envidia (*hasûd*).

Por otra parte también se hace evidente es que las fronteras de las creencias mágico-religiosas son, en ocasiones, difusas. La misma informante que detalla las funciones y usos de la mano de Fátima tiene dudas sobre la existencia del mal de ojo. Una vez más el nivel de estudios y la procedencia rural o urbana marca diferencias en las creencias. Más allá de la nacionalidad y la religión islámica que todos/as comparten, la heterogeneidad interna del colectivo marroquí inmigrado aparece reiteradamente en los relatos.

- [...] Es que no lo sé, es que no sé si existe o no, nosotros digamos que puede dar que se pone enfermo, se pone con algún dolor, por ejemplo ojos hinchados, con alguna cosa roja se pone... Algo malo... (1-M35-U-CM).

Esta misma informante, aunque no sabe si esta enfermedad es real o no, reconoce que para muchas madres marroquíes inmigrantes los elogios a la belleza o a la robustez de sus pequeños hijos/as pueden ser interpretados desde la desconfianza y el temor de que sus hijos enfermen de este mal.

Para las personas entrevistadas, tanto el mal de ojo, como especialmente la posesión por *jnûn*, tienen relación con la enfermedad y con diferentes tipos de aflicciones, y lo mismo ocurre con la magia (*suhur*), que también puede afectar a la salud de las personas. A pesar de que existen conexiones causales entre todas ellas, sin embargo, los y las informantes diferencian claramente entre las aflicciones producidas por otras personas con poderes especiales para producirlas a través del mal de ojo y de la magia, de las aflicciones causadas por la acción o posesión de los *jnûn*, que, aunque pueden actuar a través de la mediación humana, no tienen un origen humano.

La magia, como bien nos sigue explicando Mateo Dieste (2010: 228-233), a través de la manipulación de sustancias o el comercio con los *jnûn* tanto con fines benéficos como maléficos, ofensivos o defensivos, nos mostraría el complejo universo simbólico a través del cual se canalizan aflicciones personales y sociales.

Aunque sólo tres de las personas entrevistadas aluden a la magia o brujería, sin embargo, el siguiente relato de un maestro tangerino es demostrativo de la pervivencia

de estas creencias y prácticas mágico-religiosas en Marruecos y de su transmisión a través de las nuevas tecnologías:

- [...] El tema de la brujería. Eso también es interesante en el tema de la salud porque muchos en Marruecos creen que la brujería afecta mucho a la salud, así que muchas enfermedades que hay, muchos creen, hay una creencia casi general, creen que es debido a la brujería, a cosas que hace. Hasta que últimamente cuando estuve ayer en Madrid me comentaron que pasaron un programa en la tele marroquí sobre gente que hacía esto, que encontraban los cuerpos en el cementerio, que los sacaban, les llevaban, no sé, cosas que tienen ahí, que hacen esas... [...] Sí, estas cosas, pero más bien porque esto lo que hace es perjudicar a la salud, porque algunas mujeres creen que sus esposos les engañan o cosas así, pues acuden a esta gente para que les hagan, para que les den algún remedio ahí para que el hombre no se fijara en otra, por ejemplo, y lo que pasa es que le da algo que afecta al hombre, y el hombre pierde su razonamiento o algo así, y ella lo que hace es creer que sí que ha funcionado, que el hombre está así, todo así, no reflexiona, y se cambia porque no le dio a comer o algo así, y ella piensa que... eso lo acaban de pasar en un programa en la tele (entrevistadora: Y tú lo has visto en tu pueblo, en la montaña?) En el pueblo la verdad es que sí que se habla de esto, que ella le ha hecho esto, le ha hecho...(entrevistadora: Pero se conoce que hay personas que tienen poderes...) Sí, se conoce que hay personas que tienen poder que pueden afectar a la salud (entrevistadora: Que pueden hacer daño...) Sí, hacer daño a la salud, y que también si tú quieres cualquier cosa te la pueden conseguir (4-H34-U-CM).

En la magia y la contramagia en Marruecos existe una división sexual de los especialistas entre hombres, el *fqîh* y el *tulba*, y mujeres como la vidente (*shuwwâfa*) y la hechicera (*sahhâra*). La diferencia estriba en el uso o no de la escritura y del Corán, habitual por parte de los hombres especialistas, o bien de sortilegios y mezclas de sustancias vegetales, animales o minerales, acompañadas de ritos diversos y de la negociación con los *jnûn* por parte de las mujeres antes mencionadas, aunque ellas también se valen de las recitaciones coránicas a la hora de realizar sus sortilegios. Tanto hombres como mujeres pueden recurrir al comercio con los *jnûn* para vehicular sus poderes ya que mantienen con ellos una relación muy especial que puede incluso llegar al matrimonio. Para luchar contra la magia el poder del Corán está fuera de toda duda, e incluso dentro del Islam más purista se acepta la idea de la contramagia, o de la magia defensiva, ya que el profeta reconoció las virtudes de la recitación coránica (*tajwîd*) y de la recitación de azoras aplicada a fines defensivos y curativos (la *roqya* o la *nushra*) de posesiones, hechizos y sortilegios (Mateo Dieste, 2010: 228).²³⁸

²³⁸ La Sura 113 de “*El rayar del Alba*”(1-5), citada anteriormente, es muy utilizada en las recitaciones curativas, en concreto la aleya (4) «Y del mal de las que soplan en los nudos» hace referencia al ataque de magia que tuvo que hacer frente el Profeta por parte de las hijas de un judío, que intentaron hechizarlo utilizando la técnica del soplo sobre un nudo.

Las mujeres que tienen *poderes* aparecen en algunos de los relatos siempre vinculadas a sortilegios con fines amorosos (mantener “amarrados” a maridos o amantes, o para atraerlos), incluso a través del envenenamiento (*tkal*), relacionados a la magia ofensiva o negativa de algunas mujeres practicantes. El siguiente relato es explícito del peligro de la magia negativa vinculada a las mujeres con *poderes*:

- [...] *shauafa*, se llaman, sí. (entrevistadora: O sea que también hay otras maneras de enfermarse, ¿no?) Sí, porque está enfermedad no es como otro, esta enfermedad es de persona. Por ejemplo, yo vengo, me voy a una mujer que te lo da unas cosas, si está la mujer... Por ejemplo, soy una mujer y me voy a la mujer, por favor a mí me gusta este hombre, quiero casarme con él, me haces algo para que me caso con él, para que le gusta. Ella te lo da, no sé qué te lo... se van a veces las mujeres a la tumba, le quitan la mano de un muerto, ¿me entiendes? Y te lo da: toma esto y lo pones en la comida, o en el té o en el café. Esta cosa a lo mejor está envenenada, porque ella no es doctor o algo para que... pasarla, si tiene veneno o está mala para que mata a la gente, no, ella lo quiere sólo el dinero: toma, esto lo pones en la comida, lo pones así, y así, y se lo das y se casará contigo. Ella cuando se va que lo hace, cualquier cosa, para que le hace estas cosas a este chico. Entonces él cuando come..., la comida, o en el zumo, o el café (entrevistadora: Y se toma cualquier cosa...) Claro, por ejemplo, voy a dar una botella y está cerrada, tome este regalo que te ha mandado una chica, yo lo cojo y lo tomo, pero no sabía qué es. Él ha confiado, a lo mejor ella ha cogido un punto de su amigo, y él, hoy, mañana, hoy, mañana, porque ya tiene tiempo. (entrevistadora: Y estas mujeres cómo se llaman?) *shauafa* (entrevistadora: ¿Y esto ocurre en Marruecos... es habitual?) Se llaman *shauafa*, (entrevistadora: las cosas que hacen son peligrosísimas para las personas...) Sí, porque hay cosas que matan, en el acto. Hay cosas que la persona morirá poco a poco. Él no tiene nada, pero está enfermo. Si va al médico, si va a cualquier persona, no sabrían qué le pasa (9-H36-U-CT).²³⁹

La vinculación popular de la magia negativa y los poderes ocultos a las mujeres queda explicitada en estos segmentos textuales. Por otra parte, la contramagia vendrá de la mano de los agentes especialistas masculinos, el *fqîh* o los *tulba*, que dominan la escritura y el Corán, a pesar de que algunos de ellos también pueden ejercer magia negativa. El informante no los nombra explícitamente, pero si se refiere de manera inespecífica a una figura parecida al imam –“*como el imam*”- como agente especialista con conocimientos para revertir los sortilegios:

²³⁹ El término que utiliza el informante para denominar a las mujeres que ejercen la magia ha sido transcrito fonéticamente. Es de suponer que se referirá a alguna de las dos tipologías de mujeres con poderes: las *shârfa* (viejas), la *sahhâra* (hechicera), o quizá la *shuwwâfa* (vidente), aunque parece que los saberes y prácticas de ésta última no son peligrosos como los de las anteriores. La magia (*suhur*), a diferencia del mal de ojo, requiere especialización y dominio técnico de sustancias de diferentes tipos. Entre las clases populares marroquíes y en contextos rurales la magia sigue teniendo presencia y provoca temor: diversos tipos de sortilegios con finalidades dispares y el temor al envenenamiento siguen en los imaginarios de algunas personas en Marruecos. La misoginia que atribuye generalmente a las mujeres estos poderes maléficos se hace también evidente.

- (entrevistadora: ¿Y qué puede hacer una persona cuando hay otra persona que le ha hechizado? Cuando una mujer de estas hechiza a otra persona, ¿cómo se puede curar la persona que ha enfermado?) Tiene que ir a uno que lo sabía mucho para que le dé unas cosas, hierba o estas cosas, sólo hierba. Por ejemplo que se lo toma en el té o en el café, para vomitar. Si lo comes estas cosas durante dos o tres años, cuando te lo da este señor porque lo sabe lo que significan estas cosas, a lo mejor cuando lo vio en su ojo, sabía que ha comido algo, que no tiene nada pero ha comido algo, sólo en los ojos. (entrevistadora: ¿Y eso quién lo sabe, son como curanderos?) Sí, como el imam... (entrevistadora: Estos también lo saben...) Sí, lo saben muchas cosas ellos. Y te dan una hierba, o... normalmente hierba y miel natural, y hierbas, no sé cómo se llaman, y lo mezclan cuando lo comen, que lo pasa dos o tres días comiendo estas cosas y vomitará, y se curará. Sí, pero tiene que se va la primera vez, no hasta que pasa cinco o diez años y te vas. Te vas durante un mes o dos meses, cuando te ha dicho el médico que tú no tienes nada, y tú estás muriendo poco a poco, ahí te ha pasado algo, porque la mujer te lo hace cualquier cosa. (entrevistadora: Pero eso es diferente del mal de ojo...) Sí, el mal de ojo es otra cosa. El mal de ojo, por ejemplo pasa un niño y digo, ay, qué guapo, pasa otro, ay qué guapo. Ahí el niño coge el mal de ojo...(9-H36-U-CT).

El peligro de estas prácticas está vinculado especialmente al poder de algunas mujeres, tanto como el poder para la curación o contramagia lo está especialmente a los *fqîh* y/o *tulba* como conocedores del Corán y de las técnicas de la recitación coránica, curativa o no. Es pues un peligro con un claro perfil de género: algunas mujeres tienen poderes que pueden provocar hasta la muerte, ya que ni siquiera la medicina científica podrá explicar signos y síntomas que no tiene explicación dentro del marco conceptual de la medicina moderna. Los síndromes culturales requerirán curaciones/terapias culturales adecuadas para el sistema de creencias y prácticas que los provocan.

Las vinculaciones de la magia a la posesión por *jnûn* hacen de la *roqya* una opción muy buscada por las personas afectadas, independientemente de si la posesión ha sido secundaria a la magia o no:

- (entrevistadora: O sea que en Marruecos si alguien está... si los *jnûn* entran en alguna persona y le provocan una enfermedad, la forma de curar esa enfermedad es a través del...) Sí, normalmente es a través del Corán, dicen el Corán contra esas cosas.(entrevistadora: ¿Y quién lo lee el Corán, quién le saca la enfermedad del cuerpo? Normalmente ahí, es que normal, en verdad son personas normales, ¿no? cada uno que sabe el Corán, la gente que como imam, que sabe más del Corán, que sabe más de historias, de brujería... contrabrujería, que no...(entrevistadora: Sí, que no es brujería (lo que hace el imam o la persona que recita el Corán): Eso, que sabe más cosas, y empieza a sacar, empieza... (entrevistadora: Simplemente leyendo el Corán, y la gente mejora...) Ochenta por cien o noventa por cien leyendo el Corán (entrevistadora: ¿Y aquí en España tú has visto también gente que tenga *jnûn*?) No (entrevistadora: No, no conoces a nadie ni te han hablado....) Y casi en Marruecos tampoco, eh?, lo que pasa es que de historias como hablan y familias, y abuelos y madres, la gente cree, porque mi madre cree, hasta ahora mi madre cree, y mucha gente cree (1-M35-U-CM).

Si en este apartado hemos podido ver las conexiones entre las aflicciones y la enfermedad con el universo simbólico mágico-religioso del Islam, en los dos apartados que siguen nos referiremos a dos prácticas igualmente centrales dentro del Islam y que lo conectan con la salud bio-psico-social/cultural: la limpieza/purificación y el ayuno. De entre todas estas pautas de conducta que conectan religión y salud, nos centraremos en las dos que han sido nombradas también de manera repetida (hasta la saturación teórica de datos) por los y las informantes, y que adquieren una importancia grande a la hora de entender las conexiones entre Islam y salud: las cuestiones relativas a la pureza o impureza y a las formas de limpieza y purificación del cuerpo, y al ayuno de Ramadán.

6.3.2. Prácticas religioso-culturales y salud bio-psico-social

En el universo del Islam numerosos usos, costumbres y rituales relacionados con el cuerpo y su cuidado, la higiene y la pureza, la alimentación y las relaciones sociales, establecen vínculos con la salud entendida en un sentido holístico bio-psico-social. En los dos apartados que siguen se van a mostrar y analizar los datos emergentes de las entrevistas que vinculan algunas de estas prácticas y rituales religiosos con la salud

6.3.2.1. Cuerpo, limpieza (*nadhâfa*), purificación (*tahâra*) y salud

Para Mateo Dieste (2010:81-93), las cuestiones relativas a la pureza o impureza y a las formas de purificación del cuerpo son centrales en el universo simbólico y en las prácticas de la población marroquí. Lo mismo ocurre en el resto de contextos geopolíticos y nacionales donde el Islam es hegemónico, en los que, aunque la fe (*îmân*) sea un hecho más o menos privado, se expresa siempre externamente a través de las regulaciones de carácter religioso que derivan de la jurisprudencia islámica (*fiqh*), y que reglamentan la mayoría de las prácticas corporales: desde el vestido y la alimentación, hasta las relaciones sexuales, las prácticas higiénicas de limpieza corporal (*nadhâfa*), o los rituales corporales de purificación simbólica (*tahâra*). Y cuando se trata de dirimir las coordenadas de la pureza y la impureza, los límites entre las dimensiones material y simbólica son en la práctica imperceptibles.

Las concepciones sobre la pureza/impureza también se nutren en la medicina profética basada en los *hadîth*, vinculada a su vez a la medicina humoral. Así pues, las prácticas rituales musulmanas parece que constituyen un auténtico *código de higiene*

corporal, que no necesariamente coincidirá con los códigos higienistas europeos surgidos en el siglo XIX. Más allá de las concepciones biomédicas de la limpieza y la asepsia, el agua, la arena o las piedras serán parte de esos códigos de higiene y purificación simbólicas, en las que la limpieza y la pureza limpieza no significarán necesariamente la eliminación de la suciedad corporal. Es decir, una persona puede estar limpia (*nâdhifa*) y sin embargo estar en estado de impureza. Pero siempre, para llegar a esa pureza simbólica, el cuerpo será el mediador a través de la purificación material, corporal y práctica en la que el agua tendrá, siempre que sea posible, un papel central en la *tahâra*. En Marruecos la población suele emplear la contraposición secular entre limpio (*nqi*) y sucio (*mussakh*) y las preocupaciones por la pureza o impureza están permeadas por las tradiciones locales y por el Islam letrado (Mateo Dieste, 2010: 81-93).

Limpieza y pureza conviven simbióticamente y se confunden en los discursos de las personas entrevistadas, no resultando fácil distinguir en sus relatos cuando se refieren a la *nadhâfa*, a la *tahâra*, o a ambas simultáneamente. El ejemplo más claro de esta asociación, o mestizaje incluso, de significados aparece nítidamente reflejado en los discursos relativos a las abluciones (*udû*), en las que al lavado de manos y antebrazos, pies, cabeza y orificios de la cabeza con agua preferentemente, o con piedra o arena (*tayammun*), que se realiza de manera ritualizada antes de la oración, le atribuyen funciones de “limpieza” sin más especificaciones, cuando es evidente que en este ritual, a través de la limpieza del cuerpo (*nadhâfa*) se está buscando la purificación simbólica (*tahâra*) necesaria para acercarse a *Al-lâh*. Lo que se hace evidente es, como explica Mateo Dieste, que la pureza simbólica, en todos y todas las personas entrevistadas pasa necesariamente por la purificación material, corporal.

A continuación se presentan algunos segmentos textuales que muestran estas conexiones entre higiene, salud y pureza simbólica a partir de los datos emergentes de las entrevistas. Todas las personas entrevistadas (sean o no practicantes) hacen referencia a la purificación menor o *saghira*, basada en el *udû*, es decir, las abluciones previas a la oración, y sólo tres nombrarán el baño de *purificación mayor* (*kabira*) o *ghusl*, que es una ablución mayor, del cuerpo entero, que se repite tres veces, y que de manera más minuciosa y con agua, limpiará y purificará el cuerpo antes de la plegaria de los viernes, de obligado cumplimiento también tras una relación sexual y tras la menstruación, y que incorpora la limpieza de los dientes por medio del *siwâk*, un

bastoncillo que se elabora con raíces de nogal. El *ghusl* es preceptivo también durante el tratamiento del cadáver antes del entierro.

En el siguiente relato del imam se sobrentienden los dos tipos de purificación:

(Entrevista traducida)

- [...] El Islam al llegar lo primero que ha insistido es en la limpieza, que el ser humano tiene que estar limpio, y que también quien entra por primera vez en el Islam, quien se convierte en el Islam lo primero que se le pide es lavarse, lo primero que se le pide es lavarse todo el cuerpo, por eso también la ablución antes de hacer la oración, si uno no se limpia no puede hacer la oración, y también que el Islam siempre ha insistido en que el musulmán tiene que vestirse bien, y tiene que tener una especie de perfume o algo así antes de venir a la mezquita. Y también hay una especie de... se llama *siwâk* que es algo que... deja un aroma diferente en la boca[...] hay uno que se vende así, siempre limpian los dientes, como si fuera un cepillo[...] Sí, es de un árbol, un árbol específico que se llama así, en la época del Profeta, esto es lo que usaba el Profeta para...[...] Eso es una cosa que tenemos en el Islam, y el profeta no ha ordenado, pero siempre ha insistido en que los musulmanes lo tienen que utilizar (entrevistadora: Porque deja la boca limpia...) Porque deja la boca limpia y todo. Que también tenía una historia que pasó con el Profeta en una de las salidas con sus amigos, que en una incursiones que tenía: en una de las incursiones o batallas que hacían los musulmanes contra los no musulmanes en la época del Profeta, como el Profeta siempre insistía en eso, en que tiene que tener los dientes limpios después de la ablución y todo, que en una de esas, cuando estaban ya antes de entrar en la batalla estaban todos los musulmanes limpiando los dientes los que estaban del otro lado pensaban que estaban haciendo que los dientes estaban más...(entrevistadora: Afilándose los dientes...) Afilándose los dientes, así que huyeron diciendo que estos nos van a comer, y así sin entrar en ninguna batalla ganaron [...] Que el Islam está lleno de ejemplos de estos, que el musulmán tiene que estar siempre limpio, elegante, que es importante, y que hasta en el Corán hay también un verso que habla de cómo el musulmán tiene que ponerse bien limpio y todo antes de ir a la mezquita o antes de salir, que dice que hay muchos ejemplos en el Islam que habla de cómo tiene que estar limpio, la limpieza del cuerpo, del vestido y también de la imagen que da el musulmán... Aquí es la aleya... página 244, la aleya 29, los *Hijos de Adán*, o sea que habla en general, no solamente de poneos vuestros mejores y más puros vestidos en cada lugar de oración, [...] ponerse siempre limpio y todo, antes en cada lugar de oración, comer y beber, pero no os excedáis. Hay otra que...: es cierto que *Al-lâh* ama a los que vuelven a él y a los que se purifican, y en árabe se purifican es como se limpian (entrevistadora: ¿la limpieza del cuerpo tiene que ver con la limpieza del espíritu...?) La palabra árabe, si yo hago la traducción sería limpieza, pero aquí es purificación, esto está en la *Sura de la Vaca* en la aleya 220 (2-H30-U-CM).

Este otro informante hace referencia a los diversos tipos de purificación enlazando de manera inseparable la salud, la limpieza del cuerpo y la purificación simbólica necesaria y prescriptiva para todo buen musulmán/a, y añade algunas referencias sobre un tema reiterado en el Islam: la impureza de la mujer durante el periodo menstrual,

- (entrevistadora: O sea que está relacionado la salud con la higiene y a su vez con el ser buen musulmán) Claro, por eso la gente más practicante siempre... por ejemplo lavarse cinco veces para rezar...(entrevistadora: Cinco veces al día te lavas, los pies, las manos, la boca, las orejas [...]) Claro, eso de lavarse cinco veces al día para rezar, y además la

limpieza es algo fundamental en el Islam, es una parte de la creencia, una parte de la creencia es la limpieza (entrevistadora: ¿y por qué se relaciona la limpieza con el Islam? ¿por qué crees que está esa relación?) Porque primero cuando rezas estás delante de Dios y tienes que ser limpio delante de Dios. Y además el Islam dice que el individuo musulmán tiene que ser sano, y para que sea sano tiene que ser limpio. La limpieza ayuda mucho a ser más sano (entrevistadora: Y eso está recogido en el Islam. Hay suras en el Islam que lo recogen...) Sí, claro, sí, que la gente que tiene buena fe, la gente normalmente más limpia y todo eso, es un paso muy grande para tener una buena fe y para ser un buen creyente y practicante, claro. (entrevistadora: ¿Qué normas higiénicas conoces, aparte de lavarse las cinco veces para la oración...?) Después de una relación sexual hay que lavarse siempre. Ducharse, ghusl [...] (entrevistadora : porque hay baños diferentes, el de las oraciones, hay diferentes formas de lavarse, ¿una es el baño completo que es el ghusl...?) Después la ablución, eso lavarse antes de rezar, pero claro, nunca puedes rezar por ejemplo después de una relación sexual sin lavarse, no puedes rezar, porque primero hay que lavarse todo el cuerpo entero, completo, y después hacer la ablución especial para rezar (entrevistadora: O sea que haces los dos lavados...) Las dos cosas, pero primero lavar el cuerpo entero, y después la ablución (entrevistadora: Y lavarse el cuerpo entero después de una relación sexual aunque no vayas a rezar...) Claro, eso siempre, aunque no seas una persona practicante, después de una relación sexual... (entrevistadora: ¿hombres y mujeres? Claro, La mujer por ejemplo, durante la menstruación no tiene que lavarse, porque dura siete días, es preferible no lavarse, y se lava después de estos días, no es permitido hacer relaciones sexuales durante la menstruación (entrevistadora: ¿Por cuestiones de higiene?) Claro. (entrevistadora: ¿y si no hay agua? Por ejemplo en la montaña, en el sur, en el desierto ¿cómo te lavas?) Para rezar, por ejemplo, para rezar hay una cosa, no sé cómo se llama en castellano, tocas un piedra que sea lisa, las manos, la cara, hasta el codo las manos, y entonces ya puedes rezar. Hay alternativas, no es... por eso se dice que el Islam en el fondo es moderado, no hay tantas exigencias, porque si estás en el Sahara, no tienes facilitado el agua o eso, hay otras formas (8-H40-U-CM).

Otra informante añade entre los efectos salutíferos de la oración, otro aspecto que añadir a la purificación del cuerpo para acercarse a Dios: hacer ejercicio,

- [...] Por ejemplo, nosotros cuando rezamos tenemos dos cosas para nosotros, para el cuerpo, por ejemplo cuando rezamos limpiamos cuatro, cinco veces (entrevistadora: ¿Os laváis para rezar?) Todo, las manos, piernas, cabeza, dejas el cuerpo limpio, y también cuando rezamos hacemos gimnasia (3-M35-U-CT)

La oración unida a la limpieza del cuerpo y ésta a la purificación necesaria para acercarse a Dios, estar limpio/a, oler bien, no molestar a los demás, cuidar el cuerpo, cuidar a los demás, enterrar a los muertos, alimentarse, todos los actos de la vida, desde los más rutinarios a los más especiales adquiere significados religiosos para las personas musulmanas. Los hábitos de vida y alimentación *hal-lâl* serán lícitos porque son también saludables,

- [...] Bueno, yo la verdad es como musulmán lo primero que he aprendido es eso de la limpieza, que uno tiene que estar limpio, por eso antes de cada oración hay que limpiarse algunas partes del cuerpo, yo creo que algunas cosas de esas que tenemos ahí, sobre todo eso del aspecto que tiene que tener un musulmán, que tiene que estar limpio, no oler mal, para no molestar a los demás y todo, yo creo que sí que influye, tiene su parte de

influencia, la religión sí del cuidado, no solamente a nivel de la salud, también del cuidado, de cómo tratar a los enfermos, de cómo estar con ellos (4-H34-U-CT).

- (entrevistadora: S..., rezas las cinco oraciones del día?) Yo sí, lo hago por ejemplo como hoy, si cuando trabajo no puedo hacerla una por ejemplo por la mañana, otra al mediodía, no voy a hacer el mismo tiempo (entrevistadora: Las que puedes...) Por ejemplo a las doce no puedo hacer a las doce, pero puedo juntar después por la noche hago yo cinco, estas cinco hago juntas porque no podía hacerlas porque estaba trabajando. Yo sí. Mi marido no, pero yo sí. Yo a veces si no rezo y duermo no duermo tranquila, yo sé que una cosa que tenía que hacer no la he hecho. Yo sí, la verdad (entrevistadora: ¿y rezar qué es, leer el Corán...?) Leer el Corán. Lo que tú quieres, y lo que tú sabes, no tienes porqué aprender cosas... el Corán es un libro grande, entonces no... sabes una cosa que tiene, pues lo que tú quieras. (entrevistadora: ¿y cuánto rato dura la oración?) Poquito. Por la mañana son pequeñas, duran dos minutos, tres minutos, siempre dos, tres. (entrevistadora: Y tienes que hacer las abluciones antes, te lavas antes de rezar?) Sí, para estar más limpia (1-M35-U-CM).

Como ya hemos visto en el apartado anterior (6.3.1.2. Muerte, rito e Islam inmigrado), tras la muerte, el tratamiento del cadáver incluye el lavado ritual del cuerpo, hasta tres veces, siguiendo las pautas de la gran ablución purificadora (*ghusl*), empezando por el lado derecho del cuerpo y terminando por el izquierdo y manteniendo la cara de la persona difunta mirando en la dirección de La Meca. Durante el ritual, la persona o especialista -del mismo sexo que la persona difunta- que lava y purifica el cuerpo del difunto, pronuncia la *shahâda*. Al terminar, el cuerpo se seca y se perfuma. Todo está dirigido a que la persona muerta se presente ante *Al-lâh* limpia y en estado de pureza. El lienzo blanco con el que se envuelve el cuerpo tendrá el mismo significado,

En el siguiente segmento textual la informante cuenta este procedimiento, e incluye un nuevo dato interesante: este ritual mortuario se realiza igual en la sociedad de destino, en Castellón, pero para ello hay que trasladar el cadáver a la gran mezquita de Valencia

(Entrevista traducida)

- (entrevistadora: Cuando una persona se muere en Marruecos ¿Qué hacen con el cuerpo?) Lo lavan. Se lavan de medio a medio, por ejemplo lavan la mitad de derecha y luego la mitad de izquierda... de hombre a hombre, de mujeres a mujeres. Sí, y luego lo tapan de blanco todo, no tiene que llevar de ropa nada, sólo que lo hacen de este blusa blanca lo hacen pantalón, lo hacen camisa y luego...y luego hacen como una gorra, todo con esto blanco. (entrevistadora: Y cuando alguna persona musulmana se muere aquí en Castellón ¿dónde se hacen, estas cosas, en la mezquita, en la casa..., va el imam...¿ quién se lo hace?) En Valencia, en la mezquita de Valencia que está grande y tienen sitio (10-M29-R-CT).

Si la limpieza es importante para la salud del cuerpo y del espíritu, al ayuno (*sawm*) durante el mes lunar de Ramadán -uno de los cinco pilares básicos del Islam- se le atribuyen efectos de limpieza, de control del cuerpo y la mente y beneficios de índole

religiosa, que conjuntamente son percibidos como enormemente salutíferos por las personas entrevistadas. En el apartado siguiente se presentarán los datos referidos a esta práctica.

6.3.2.2. Ramadán, salud y paz

- [...] Yo de una manera personal, en Ramadán me siento más activo, más ligero, me siento bien (8-H40-U-CM).

Toda persona musulmana tiene una serie de deberes y prácticas obligatorias que relacionan al individuo con *Al-lâh*, además de otras prácticas indirectas que regulan la vida diaria de las personas, las relaciones interpersonales y sociales. Retomemos ahora y recordemos los cinco pilares del Islam, prescripciones básicas y prácticas normativas directas que toda persona musulmana debe realizar y que, junto con las prácticas indirectas que regulan la vida social y las prácticas festivas, constituyen un entramado normativo que conectan la esfera individual y la social y comunitaria. La primera de estas cinco prescripciones básicas es la *shahada* o profesión de fe; la segunda es la oración ritual obligatoria o *salat*, cinco veces al día acompañada de las abluciones rituales de purificación del cuerpo; la tercera es el ayuno obligado o *sawm al-fard* coincidiendo con el mes de Ramadán del calendario musulmán; la cuarta es la *hajj*, o peregrinación a los lugares santos del Islam por lo menos una vez en la vida, y la quinta es la limosna legal o *zakat* destinada a obras sociales o para las personas más necesitada o excluidas de la sociedad (Lacomba, 2001: 178-180).

Todos y todas las personas migrantes entrevistados/as se consideran musulmanes/as aunque, como se deduce de algunos de sus relatos, el grado de apego a las prácticas religiosas obligadas como el rezo diario, o el consumo estricto de alimentos lícitos (*hal-lâl*) versus alimentos y consumo de sustancias *harâm*, como alcohol o tabaco, varían entre unos y otros. Sin embargo, desde los que se reconocen como musulmanes no practicantes, hasta los y las que tienen mayor apego a la religión, todos y todas sin excepción evitan comer carne o alimentos *harâm* fabricados a partir del cerdo, y todos y todas practican el ayuno de Ramadán y lo relacionan no sólo con la religión sino con el cuidado del cuerpo, de la mente y de las relaciones sociales. Los efectos benéficos del ayuno (*sawm*) son nombrados y ensalzados reiteradamente hasta la saturación por todos ellos y ellas. Las conexiones entre Islam, la salud (bio-psico-social y cultural) y valores positivos de convivencia se evidencian en muchos de los relatos,

pero no sólo ligadas al ayuno, sino también al rezo diario de las oraciones y a las abluciones preceptivas de purificación previas a cada uno de los cinco rezos diarios,

- (entrevistadora: ¿conoces alguna creencia más del Islam que sea buena para la salud del cuerpo, para que la gente no se enferme?) Por ejemplo, nosotros cuando rezamos tenemos dos cosas para nosotros, para el cuerpo, por ejemplo cuando rezamos limpiamos cuatro, cinco veces... (entrevistadora: ¿os laváis para rezar?) Te limpias todo...todo, las manos, piernas, cabeza, dejas el cuerpo limpio, y también cuando rezamos hacemos gimnasia (entrevistadora: hacéis gimnasia al rezar?) Ejercicio y también al mismo tiempo hacemos gracias Dios, tenemos tres cosas. (entrevistadora: hacéis tres cosas buenas: ejercicio, os laváis y rezáis...) Y también para acercar del dios, por ejemplo tenemos Ramadán... (entrevistadora: cuéntame del Ramadán...) Aprendemos como coger fuerza, ánimos y también para el corazón, para el estómago, cuando nosotros no comemos mucho, mucho (entrevistadora: Es bueno...) Sí, como una dieta natural (entrevistadora: O sea que el Ramadán es importante para la salud...) El Ramadán es no sólo no voy a comer... es más que eso sólo, que es también rezamos más, portamos bien, ayudamos a gente, cogemos cosas que yo sabía que esa chica no tenía esas cosas voy a coger de mi casa para ayudar, eso siempre pero ese mes más... (3-M35-U-CT)

Los médicos musulmanes también lo recomiendan,

- (entrevistadora: ¿Qué relación específica ves entre el Ramadán y la salud? porque tú has hablado antes de limpiar el cuerpo...) Bueno, en los dos temas, es que Ramadán es para la salud en la parte espiritual es la receta más ideal de la salud espiritual, y también, dejamos esto, esto está claro para los musulmanes, es que también la parte física de que la persona queda sin comer y beber en un tiempo cada día, 30 días seguidos... (entrevistadora: 30 días seguidos...) 30 o 29 o 28, más o menos, cuando se termina el mes, esto ayuda a la salud material del cuerpo física de las personas, esto según lo que dicen los médicos musulmanes [...] El ayuno ayuda a la salud. Bueno, hasta aquí este punto de vista es real e importante, no me he hecho muchos esfuerzos para buscar en esto, pero sé que existe. En nuestra cultura también tenemos muchos consejos de nuestro profeta sobre el tema de salud (5-H34-U-CT).

Las metáforas que unen las representaciones del cuerpo, las prácticas religiosas y la salud, son explícitas en muchos de los relatos: “*Todo el cuerpo descansa en Ramadán, como un niño está durmiendo*”... El ayuno de Ramadán es descanso y paz para el cuerpo. El cuerpo humano es un “*pozo, es un pocito*” donde se van acumulando las sustancias que ingerimos que durante el Ramadán serán depuradas, limpiadas, del organismo a través del ayuno y del sudor que vaciarán esos pocitos de sustancias o “*microbios*” acumulados y nocivos para la salud:

- [...] Y ahí, entonces el Ramadán comes menos y sacas lo malo, y cuando pasa por ejemplo el Ramadán todos lo que tenemos en el cuerpo, sangre blanco y sangre rojo, bolitas pequeñas, estas bolitas se cambian, salen los malos y entran los buenos, y este poso sale el malo y entra el bueno [...] Todo el cuerpo descansa en Ramadán, como un niño está durmiendo” (9-H36-U-CT).

Durante Ramadán, la alimentación ritual de la ruptura diaria del ayuno (*iftār*), rica en vitaminas y nutrientes, el descanso, el rezo y la lectura reflexiva del Corán,

completarán la acción purificadora del ayuno y harán que el cuerpo y la mente estén más saludables en todos los sentidos. El ayuno de Ramadán también es comparado a un “*medicamento*” y es también se define como una “*barrera*” que impide enfermar. El Ramadán es un proceso ritualizado, corporal/orgánico, simbólico y social/comunitario, de búsqueda de equilibrio entre la dimensión espiritual y material del ser humano tanto en su esfera individual corpórea y psicológica, como en la social y comunitaria.

Perdón y reconciliación, respeto, solidaridad y ayuda mutua, espiritualidad y religiosidad, meditación, son valores positivos para las personas, para la comunidad y para la convivencia que forman parte de los discursos de las personas entrevistadas siempre imbricados con el *control mental de las necesidades del cuerpo físico* (comer y beber) y también de su *cuidado*.

Cabe destacar que la permanencia de esta práctica en el contexto migratorio es masiva por parte de los y las migrantes, incluso, como ya hemos señalado, entre los que no se consideran “practicantes” del Islam, pero sin embargo hemos podido observar también que, aunque el significado no cambie, la práctica del ayuno de Ramadán se transforma con la emigración. Es más difícil ayunar cuando a tu alrededor todo el mundo come y bebe. Los horarios y ritmos de vida cambian durante Ramadán para adaptarse a los horarios del *shor* (primera y única comida del día al amanecer) y del *iftār* (ruptura del ayuno al atardecer): se vive más durante la noche que durante el día.²⁴⁰ Es más difícil trabajar y ayunar cuando el significado de Ramadán no es conocido ni reconocido por la sociedad de acogida e incluso se ponen trabas laborales que dificultan su práctica. Y es más difícil todavía dotar a la práctica de Ramadán de la vertiente solidaria y comunitaria que tiene en Marruecos: ni las visitas a los vecinos y familiares y la gestión pacífica de los conflictos latentes o explícitos entre ellos (el perdón y la reconciliación) es factible muchas veces, o simplemente no procede porque las relaciones entre vecinos también han cambiado, como ya hemos visto en el apartado anterior; ni la limosna (caridad) para los más necesitados se puede ejercer de la misma

²⁴⁰ Visitando cualquiera de las ciudades y pueblos de Marruecos se pueden observar los cambios en los ritmos de vida de la gente, horarios de actividad comercial y tiempos de actividad y de descanso de la gente (sueño y vigilia) durante el periodo de Ramadán. Después del *iftar*, y hasta altas horas de la madrugada, las ciudades adquieren el pulso y la vida que han estado adormecidas durante el día, especialmente cuando Ramadán coincide con los meses de verano y calor. Esta adecuación a los ritmos de vida y actividad marcados por el ayuno y la costumbre no se podrán mantener tras la emigración a un país no musulmán y en no pocas ocasiones genera problemas de adecuación a los horarios y actividades laborales para los y las inmigrantes marroquíes.

manera porque no existen cauces adecuados para su práctica; tampoco el carácter comunitario de la ruptura diaria del ayuno (*iftār*) tienen el mismo desarrollo en la vida tras la emigración.

El siguiente relato es explícito en lo que se refiere al empleo de metáforas para explicar los beneficios del ayuno de Ramadán, como para expresar las dificultades mayores para su práctica en el contexto de acogida:

(Entrevista traducida)

- [...] El Ramadán es como un medicamento. Si lo perdieras por la mañana, si lo perdieras de día, lo recuperas por la noche. Si perdieras un kilo por el mediodía, por la noche recuperas un kilo y medio. Es bueno para la salud, no hace daño nada. (entrevistadora: ¿Por qué crees que es bueno para la salud? ¿Qué efectos tiene para la salud? Por ejemplo sobre el cuerpo ¿qué hace, te quita enfermedades? Sí. El Ramadán para la salud es una cosa muy importante. Además el Ramadán es como una barrera, para no entrar enfermedad (entrevistadora: Te previene de la enfermedad?) Sí. Te vas a sentir con el Ramadán en Marruecos, aquí no, Aquí por ejemplo estás en la casa, cuando sales, aquí sientes sólo hambre...(entrevistadora: Aquí tienes más hambre...) Sí, ¿por qué aquí siente sólo por hambre? Porque aquí en cuanto salgas todo el mundo come, en la cafetería todos beben agua, beben esto, fuman, tiran el humo del tabaco, en Marruecos no, cuando está en Ramadán está en Ramadán todo. Al mediodía están todos de compra y por la tarde todos están preparando la comida para cenar. Se van por ejemplo las chicas para pasar el rato, o se quedan un por ejemplo un día con ésta, un día con ésta, por la noche, aquí en España si hay familia ni Ramadán, ni fiesta de Ramadán, ni Fiesta de Cordero (entrevistadora: ¿no celebráis la fiesta de después, la Fiesta del Cordero?) Sí, lo matamos al cordero, pero sólo sientes que hay fiesta cuando estás matando este cordero, con la gente, pero cuando vienes a la casa no lo notas. (entrevistadora: ¿Y el Ramadán para la salud de la mente sirve para algo, o no, o no tiene nada que ver el Ramadán con la salud mental? Sí, sirve... el Ramadán es sólo acostumar, la primera semana sientes hambre, de marear, de cansamiento, pero las siguientes semanas ya está, te pasa rápido(entrevistadora: ¿Cuántos días es Ramadán, un mes, treinta días?) Treinta días, pero a veces veintinueve días. (entrevistadora: Y durante el Ramadán haces algo en especial con los vecinos, con los amigos, visitáis enfermos, compartes tu comida con alguien o no, o todo eso no se hace aquí?) Estas cosas sí en Marruecos, por ejemplo hay muchas cosas de éstas, hay gente que no tiene nada, lo que tienes en la casa lo repartes a los dos, uno para él y uno para ti. Si tú vas de visita al hospital, si conoces a gente o no conoces, tú llevas digamos una mochila de comida si lo conoces o no lo conoces, lo dejas un poquito esto, un poquito esto, ningún problema. Y aquí no, aquí nada, cada uno en su casa... (10-M29-R-CT).

En el siguiente relato se condensa la idea de Ramadán como práctica salutífera y se muestran las conexiones entre alimentación, ayuno y salud, destacando los cambios en los ritmos diarios de actividad/descanso. Este relato y los que siguen son relevantes también relevantes para la comprensión de las permanencias y cambios tras la emigración de la práctica de Ramadán:

- [...] el Ramadán, por ejemplo nosotros tenemos como un pozo en el cuerpo, somos un pocito. Cualquier cosa lo comes al día, comes azúcar, comes sal, comes grasa, cuando entra al cuerpo el azúcar se va a su sitio, de sal se va a su sitio, cada cosa se va a su sitio,

y entonces el Ramadán que no comes nada en todo el día, estás trabajando, o por ejemplo por la tarde la gente se va a correr o juegan al fútbol, estas *sucarias* salen, cuando sudas estas *sucarias* salen, todo el microbio que coges sale, si estás enfermo, sale en sudor, y cuando vienes para comer, por ejemplo por la noche para romper el Ramadán tomarás unas cosas de vitaminas, por ejemplo como dátiles, unas vitaminas que no están en ninguna cosa, son muy fuertes, son buenísimas para todo, para la salud, y leche. Hay vitaminas en dátiles que no están en otras cosas. Y leche, son vitaminas muy grande, y *harira* también, *harira* porque es una cosa muy fuerte, lleva zanahoria, cebolla, tomate, lleva hierba cilantro, apio, perejil, apio es el mejor, buenísimo con el perejil, son más fuerte, y además con un poquito de lenteja, un poquito de garbanzo, más fideo, tiene de todo, carne. Lleva mucho vitaminas. Tú cuando comas estas cosas que no te vas a dormir, que descansas, normalmente tienes que descansar, y cuando te vas a la mezquita a rezar cuando vienes estás cansado, no puedes comer, comes sólo un poquito, por ejemplo un zumo o algo, y además por ejemplo en Marruecos, nosotros aquí no es como en Marruecos, aquí las mujeres no hacen las cosas como en Marruecos, en Marruecos hacen eso que se llama *sfouf*, eso lleva almendras, lleva azúcar, lleva muchas cosas, muchas vitaminas, entiendes, en Marruecos se hacen muchas cosas, por ejemplo como el *esbakia*, que está dulce, que lo venden aquí los carniceros. En Marruecos hacen éste que lo ponemos, cómo se llama, de maíz, harina de maíz... Sí, que se llama *baghrir* [...] Sí, comes muchas cosas, hay familias que tienen por ejemplo tres o cuatro hijas en casa hacen muchas cosas, cada una diferente de otra. (entrevistadora: Eso todas las noches, para romper el ayuno...) Sí, por ejemplo, como romper el ayuno no se puede comer todo esto porque normalmente el cuerpo no está abierto, se toma leche, dátiles, un poquito de *harira*, cuando sales, por ejemplo si estás rezando que se va a la mezquita, si no rezas que sale a la... se va a fumar un cigarrillo, cuando viene tiene hambre, tiene que comer, y sale, porque el Ramadán en Marruecos la gente se cambia de horario (entrevistadora: ¿ah, sí, cambia los horarios?) No cambia los horarios normales, pero la gente sí cambia él. No duerme por la noche, hasta la hora de *shor*, significa cuando comes por la mañana. Si no está trabajando entra a las dos o las tres de la madrugada, es el tiempo de *shor*. Se come, se lava la boca y se va a dormir, no despierte hasta las dos o tres de la tarde, entiendes. (entrevistadora: O sea cambian los ritmos...) Los ritmos, sí, cambia todo (entrevistadora: Pero si tienes que trabajar no puedes...) No se puede, y además no comes mucho, si estás trabajando no puedes comer mucho, comes sólo un poquito y te vas a rezar y vienes, un poquito de cenar, te sientas un poquito, media hora máximo porque no tienes tiempo suficiente, hasta que la comida se marcha bien no se puede, porque no tienes tiempo, que vienes de la mezquita a las once, once y media, que te falta esa media hora hasta las doce, tienes que aprovechar [...] (entrevistadora: O sea que el ayuno limpia el cuerpo y te evita enfermedades...) Enfermedades, sí, por ejemplo estómago lleva once meses comiendo, la mañana, mediodía, por la noche, por la tarde, cada hora, fuma mucho, bebe cosas frías, caliente. Ramadán no, todo el día no comes nada, entonces ahí el estómago descansa (9-H36-U-CT).

Pero Ramadán es mucho más que limpiar el cuerpo de impurezas. Ramadán no servirá si no se acompaña de buenos actos que aporten bienestar a las personas que te rodean: *no generar conflictos o buscar su gestión/resolución pacífica*. Ramadán no sólo es una disciplina del cuerpo, es una práctica individual que se proyecta siempre en la esfera psicológica y social/comunitaria, y prepara a las personas para ser buenos/as musulmanes/as y buenas personas antes y después del ayuno.

- [...] Claro, sí. Por ejemplo, nosotros los musulmanes, el Ramadán tiene muchas cosas, por ejemplo yo me siento con mi mujer y hablo con ella: Lidón que no está buena... yo no estoy en Ramadán, no tengo Ramadán (entrevistadora: tampoco puedes hablar mal de

las personas...) Claro, hablar de ti malo, de ésta o ésta estas. O voy por ejemplo a coger una bolsa de basura y lo pongo a la puerta del vecino y estoy en Ramadán, no tengo Ramadán ni nada. O por ejemplo voy a la calle y estoy mirando a las mujeres, no tienes Ramadán, como un perro, está muerto de hambre nada más, no tienes nada que ver con Ramadán. (entrevistadora: O sea que Ramadán no solamente es ayunar...) De todo...[...] La mente bien, tienes que respetar a todo [...] Con todos, el vecino más que tu hermano, porque por ejemplo tu hermano está muy lejos, pero el vecino está enfrente de ti, tienes que tratarlo como hermano, porque el profeta Mohamed así dice. Al vecino tienes que tratarlo como si fuera tu hermano, porque está cerca de ti, si está enfermo te vas a visitarlo. Si él te ha hecho de ti malo, pero tú tienes que tratarlo bien (entrevistadora: O sea aunque él no se haya portado bien contigo tú te tienes que portar bien con él...) Bien, porque tú eres musulmán, tienes que tratarlo bien. Tú tienes el Corán, leyendo lo que dice el Corán, pues tienes que hacerlo como dice el Corán, no digas como te diga tu cabeza, si está mal me voy a pelear con él, hacer las cosas mal con él, no, a lo mejor un día se va a pensar si lo haces tú bien con él a lo mejor algún día va a pensar mira, yo he hecho a él mal y él a mi bien, y entonces yo estoy equivocado, pero si tratas al revés nunca ayudarás al recuerdo, nunca, por eso el Ramadán tiene muchas cosas diferentes, por ejemplo no tienes que pelear con la mujer o con tu padre o subir la voz, encima de tu padre o tu madre, no digas no que no quiero alguna cosa, no cojas la mano, todas estas cosas no tienes que... (entrevistadora: ¿Y la gente todo eso lo sigue, lo cumple normalmente?) Sí, hay gente que lo cumple y hay gente que... éste que está fumando drogas o bebe alcohol, lo hace el Ramadán frente los ojos de las personas, pero cuando se va atrás de la casa a lo mejor se va a comer, entiendes, hay gente que hace el Ramadán pero cuando sale por la tarde a la calle empieza a gritar de la gente, qué estás mirando, me cago en la hostia, tú madre, tú padre, llegamos a la pelea. Por ejemplo él dice vete, déjame en paz que estoy en Ramadán, no tienes que decir esto, no, si te ha dicho algo él malo, una persona que te diga algo malo, tú no tienes que responder a él, tú digas *Al-lâhouma inisain*, significa que estoy en Ramadán... (entrevistadora: O sea que el tiempo de Ramadán es un tiempo en el que el cuerpo físico se limpia, pero también desde el punto de vista espiritual también hay más bienestar) Sí, con todo[...] Con los amigos, con la familia, con tu familia de dentro de la casa, por ejemplo no tienes que tratar diferente al vecino de tu casa, aquí por ejemplo del piso lo trato bien pero a otro de fuera voy a tratarlo mal, no. Son todos iguales, tienes que tratarlo todos igual. (entrevistadora: ¿Y tú M... cuando haces Ramadán sientes todo esto, sientes que estás mejor? ¿qué sientes tú cuando haces el Ramadán?) Cuando hago Ramadán me siento fenomenal, primero que no salgo mucho a la calle, si estoy en Ramadán estoy en Ramadán, no me gusta salir mucho a la calle, y además todo mi tiempo lo paso en la mezquita o en casa leyendo el Corán, y de la salud me siento muy bien, porque si me duele algo, a veces yo cuando como pimienta picante me duele el estómago, o como algo dulce o caliente y tomo agua, esto me mata, en Ramadán no, en Ramadán me siento fenomenal, de todo (9-H36-U-CT).

- [...] Yo creo que sí tiene relación con la salud. Creo que también dicen que el estómago cuando... a veces tiene que estar vacío, para que se mejora o el intestino también tiene que estar vacío. (entrevistadora ¿qué beneficios crees que tiene el Ramadán para la salud física de las personas?) Yo creo que es muy bien para la salud (entrevistadora: ¿por qué, por el ayuno...?) Por ayuno, porque en ese mes el comportamiento de la gente... (entrevistadora: el comportamiento de la gente también) Sí, cambia, hay gente que ay, estoy en Ramadán, mejor que no hago daño a nadie, mejor que no grito, entonces comportamiento de la gente también se cambia. Ayudas a pobres, este mes muchas cosas se cambian, físicamente, psicológicamente, muchas cosas se cambian (entrevistadora: desde el punto de vista psicológico también te hace estar mejor...) Claro, ay, no lo hago porque... más respeto a la gente, por ejemplo en este mes casi nadie te hace daño en la calle, nadie te molesta en la calle porque cada uno quiere saber bien este mes, entonces... (entrevistadora: Y tú decías también que la gente se ayuda más, se da más limosnas. Se

hacen obras de caridad...) Sí, hay muchas ayudas este mes (entrevistadora: crees que tiene ventajas desde el punto de vista social?) Yo creo que sí (1-M35-U-CM).

Cuidado del cuerpo, limpieza, alimentación sana, perdón y reconciliación, respeto, solidaridad y ayuda mutua, espiritualidad y religiosidad, caridad/solidaridad, buenas prácticas personales y sociales: vamos sumando valores positivos para la salud y para la paz. La lista de valores positivos para la salud psicosocial de las personas se va ampliando a medida que se analizan los diferentes relatos. La *reflexión* y la *empatía* con las personas que sufren vienen a sumarse a la lista de valores y beneficios percibidos por las personas entrevistadas. A estas añadiremos la *purificación* del cuerpo, de la mente y del espíritu: la salud espiritual y mental y la *convivencia* son, en palabras de este informante, los principales beneficios del ayuno, que supone mucho más que el acto de ayunar, es un *aprendizaje* de la vida que no todas las personas musulmanas entienden de la misma manera, habida cuenta de que algunas sufren los síntomas del *tramdina*: se ponen irritables, nerviosas o coléricas incluso, cuando no pueden comer y/o fumar. Otras engordan en Ramadán porque tras el ayuno preceptivo comen más de lo habitual.²⁴¹ Los dos segmentos textuales que siguen sacan a la luz los beneficios psicosociales del Ramadán y también la conflictividad que acompaña a la práctica del ayuno,

- [...] Yo creo que una de las cosas importantes del Ramadán es una salud espiritual también porque también entiendes al otro que está ahí sufriendo, que no tiene, así que un día sin comer sin tener nada, te hace también reflexionar por los demás que no tienen...estar todo un día sin comer siempre te hace pensar en esto. Yo creo que también, la verdad es que no lo tengo a nivel, no te puedo decir datos a nivel científico o algo, pero

²⁴¹ El *tramdina* se refiere a la irritabilidad, cambios de humor y malestar que en algunas personas provoca el ayuno. Este síndrome sería la consecuencia -según estudios realizados desde la psiquiatría biologicista- de los cambios en el ritmo de vida durante el Ramadán: Cambios en la cronobiología (horarios de ingesta de comida y bebida, ritmo nictameral sueño-vigilia, trabajo) durante el mes de ayuno pueden influir en el humor y la conducta de las personas. Aunque Ramadán es el mes sagrado de la oración, la solidaridad y los buenos deseos, y esta es la tónica general y mayoritaria de las prácticas individuales y sociales, a algunas personas el ayuno les altera sus mecanismos neurotransmisores y/ o les condiciona estados de hipoglucemia, que parece pueden estar en el origen de alteraciones del estado de ánimo. Esta irritabilidad puede liberar conductas de agresividad que trascienden el ámbito privado, y se manifiestan socialmente en forma de mayor incidencia de peleas, accidentes de tráfico durante las horas previas al *iftâr*, incluso se relaciona con mayor incidencia de actividades violentas del *tcharmile* en las ciudades marroquíes: el fenómeno violento de las bandas juveniles marroquíes que se asemejan a las maras de Centroamérica. El psiquiatra Youssef Mohi, entre otros² ha estudiado este síndrome y se han levantado numerosas alertas sobre el repunte de su incidencia en la sociedad marroquí. Para más información sobre el *tramdina* véase BENAICH, KADIJA (2013): «Ramadan sans Tramdina serait-il Ramadan», *L'opinion*, 20 Juillet, Disponible en http://www.lopinion.ma/def.asp?codelangue=23&id_info=33790&date_ar=2013-7-21 (Fecha consulta, 8 Noviembre 2014) ; Véase también ASWAB, MOHAMED (2011): «Santé: Comment éviter la "Tramdina"», *Aujourd'hui le Maroc*, 12-Août, Maghres, Disponible en <http://www.maghress.com/fr/aujourd'hui/83846> (Fecha de consulta, 8 Noviembre 2014)

también es una manera de purificarse o algo así, de estar todo un día sin comer, de intentar compartir con los demás, porque el Ramadán no es solamente el ayuno como alimentación, Ramadán es más que esto, Ramadán es ayuno también a no insultar a la gente, ayuno a no hacer cosas malas a la gente, y eso la verdad es que la gente no lo entiende, en nuestra sociedad no todo el mundo lo entiende así, y la gente siempre para ellos el Ramadán es no comer durante el día y cuando ya llega la hora de la comida pues a comer de todo lo que tenemos y ya..., la gente se engorda más en el Ramadán porque come mucho, pero no entiende lo verdadero del Ramadán que es no solamente salud, pero es más salud a nivel de convivencia con la gente, salud mental de pensar en los demás, de entender o de vivir lo que viven los demás, de no insultar, de estar bien con los demás. [...] a veces la gente se pone nerviosa en el Ramadán, porque muchos fuman, como no pueden fumar durante el día, de mal genio todo el día...[...] yo también he entendido que el ayuno no es solamente lo que... es más... te enseña muchas cosas, es ... el Ramadán es como una oportunidad de aprender otras cosas, no solamente, pero el problema que tenemos nosotros es que mucha gente piensa que el objetivo del Ramadán es pasar hambre y no comer y después hacer de todo (4-H34-U-CM).

- (entrevistadora: ¿también de bienestar psicológico?) Si, es un mes sobre todo de eso, de estar tranquilo, porque el Ramadán no es solamente el ayunar, sino abstenerse de hacer dos cosas, hablar mal de la gente, no pensar mal, es un mes muy de tranquilidad (entrevistadora: y siendo así...¿hay menos conflictos en la época del Ramadán?) De intentar... se supone, se supone que tiene que ser, pero suele ser al revés. El hambre provoca que una persona esté muy nerviosa, entonces en la calle suele haber muchas chispas en la gente, sí. (entrevistadora: ¿aquí también lo has notado? ¿O lo has notado más en Marruecos?) Aquí no puedo notarlo, ya te digo, yo además, el problema que tengo, como yo no voy a la mezquita, hay un gran colectivo marroquí, o llamémosle musulmán que yo no sé cómo funciona, porque se encuentra mucho, y yo como no voy a la mezquita... yo hablo de los que conozco, de los que veo en el bar, de los que entiendo, pero... (entrevistadora: O sea que por un lado se supone que tiene que ser un mes de tranquilidad, que para muchas personas lo es, pero...) No lo es tanto, sí. En Ramadán es cuando hay más peleas en la calle. (entrevistadora: Y crees que es por el hambre?) Yo creo que sí, hombre, los vicios. Si uno es fumador, y no fuma, y está en ayuno, tiene hambre, encima el tabaco, no sé qué, yo creo que eso provoca... yo también me siento que no... es decir, que cualquier cosa me pone más nervioso de lo normal, cuando tengo hambre. Yo creo que sí (7-H43-U-CT).

Si la salud mental y social viene de la mano de la purificación y el interés por mejorar la convivencia y resolver los conflictos que pueda haber con familiares, vecinos etc, la purificación del cuerpo también es narrada por todos los/as personas como uno de los argumentos que aconsejan el ayuno. En este caso, la persona que lo describe se considera creyente pero no practicante, sin embargo valora mucho y ha seguido toda su vida este precepto del Ramadán porque considera que tiene un gran valor para la salud bio-psico-social, para el bienestar personal, familiar y social.

Perdón y reconciliación, respeto, solidaridad, ayuda mutua y generosidad, espiritualidad y religiosidad, reflexión, empatía, meditación, tranquilidad, pensamientos positivos, bienestar y renovación física, psicológica y social, purificación (física y espiritual)... todo esto es, o debería ser, Ramadán.

- (entrevistadora: Islam y salud. ¿Qué influencia crees que tiene la religión, o que puede tener la religión en la salud, en general? Hombre, volvemos a lo mismo, volvemos a las interpretaciones de la religión musulmana. Yo creo que la gente que pueda tener muchos problemas, es la gente que interpreta mal la religión musulmana o que se para en algunos puntos que yo veo que no son tan importantes. Por ejemplo lo del Ramadán. Hay un problema, estoy malo, me curo, no me curo, como, no como, me inyecto, no me inyecto, por ejemplo, cuando la religión musulmana eso lo tiene atado y bien atado. Pero la gente se raya. El Corán te dice: tú estás malo, come. Si eres hombre mayor y no tienes fuerzas, come, si eres mujer embarazada, come. Pero la gente aún así se complica la vida. (entrevistadora: ¿Cómo crees que afecta el ayuno del Ramadán a la salud?) A una persona fuerte yo creo que no afecta, afecta a personas enfermas. (entrevistadora: ¿y positivamente, ayuda a la salud, contribuye en algo a la salud el Ramadán?) Yo siempre adelgazo cinco o seis kilos y eso me viene bien. Durante un mes pierdo cinco o seis kilos. No, me siento bien, además como vives al revés, un poco al revés, tu aparato funciona un poco al revés, y creo, no sé, como si se renovara un poco, ¿no? [...]) (entrevistadora: qué destacarías de positivo desde el punto de vista social?) Es cuando más, es un mes ya te digo, de eso, de ser generoso, de ofrecer, de ayudar, de dar al pobre, hay gente por ejemplo, en el mes de Ramadán, una persona por ejemplo que tiene dinero, y va a la puerta de su casa y a la hora del Ramadán él saca dos o tres mesas grandes con veinte sillas o treinta, para que la gente que no tiene donde comer, que pueda comer ahí, a la hora de comer. Siempre para la comida durante treinta días. (entrevistadora: así que durante treinta días de alguna manera se ejercita la caridad, la ayuda...) Sobre todo, la meditación, la tranquilidad (entrevistadora: Otra cosa es que luego haya gente que eso no lo consiga hacer...) Claro, por eso a mí me gusta contar siempre los dos lados, no decirte, mira, pues la gente vive *happy way*, no. Pero desde el punto de vista teórico, por lo menos, como la idea del Ramadán, el planteamiento es ése. (entrevistadora: Que ayuda a la salud del cuerpo, pero es mucho más...) Claro, vivir. La idea, primero tranquilizarse, pensar en lo que ha hecho uno, en lo que quiere hacer, pensar en el otro, ayudarlo, y al mismo tiempo la idea es de alguna manera vivir, sentir una empatía ¿no? Con el pobre, la persona que durante mucho tiempo no come, pues tú tienes que ver cómo vive una persona pobre, que no come, entonces todo el día con hambre, mira, la misma que la gente que no tiene, y por esto tienes que ayudar y dar, esa es la idea (7-H43-U-CT).

Para el imam, el ayuno del Ramadán tiene grandes beneficios para la salud que, según él, han sido comprobados científicamente. A todos los valores y ventajas del ayuno, él añade la relajación y la limpieza y el consejo de ayunar también fuera del periodo de Ramadán. Además, en el Corán se muestran las excepciones a la prescripción del ayuno, como bien queda reflejado en la aleya de la Vaca (nº184): personas enfermas, niños pequeños, embarazadas, o mujeres menstruantes, así como personas que están viajando están dispensadas de realizar el ayuno.

(Entrevista traducida)

- [...] El ayuno es todo beneficio a la salud, el ayuno es totalmente en beneficio de la salud, lo repite varias veces, por eso lo repito, y dice que se ha comprobado hasta científicamente esto y nosotros lo sabemos que cuando tú ayunas el cuerpo también se relaja, se deshace de todo lo que tiene, se limpia y todo, así sea que a nivel de cuerpo sí que es beneficioso para el cuerpo, y el Profeta no sólo animaba a la gente a ayunar por Ramadán sino a hacerlo fuera de Ramadán. Y hay mucha gente que ayuna fuera del Ramadán y también hay dichos del Profeta que dice para los jóvenes que no están casados que ayunen, porque esto les protege para no caer en adulterio o algo así, porque ayunando

se debilita esa fuerza que tienen, o sea que el ayuno todo beneficia al cuerpo humano. Una de las cosas que hacía el Profeta es ayunar el lunes y el jueves durante todo el año y hasta él lo hace y muchos musulmanes lo hacen, durante todo el año ayunan lunes y jueves (entrevistadora: Igual que cuando es tiempo de Ramadán, desde que sale el sol hasta que se pone?...). Sí, igual que en Ramadán. En Ramadán el ayuno es antes de la salida del sol hasta la puesta del sol, no se toma nada ni se puede beber, ni nada (entrevistadora: Y todas las personas tienen que hacerlo?...). El Islam ha puesto excepciones: los niños que aún no son adolescentes no están obligados a ayunar, a veces sí que ayunan, pero eso lo hacen pero no es obligatorio, es solamente para acostumbrarse al ayuno, pero no es obligatorio. La gente mayor de edad el Islam le ha dado permiso de comer, no es obligatorio (entrevistadora: ¿Y los enfermos? El enfermo también tiene permiso de Dios o de la religión de comer. Si el doctor le dice que tiene que comer, él tiene toda la posibilidad de comer y puede hasta devolver el día si come cuando ya esté bien de salud y todo, lo puede hacer fuera de Ramadán y ayunar un día... (entrevistadora: Y las mujeres cuando están embarazadas o cuando están criando a sus hijos?) La mujer embarazada o la que está atendiendo a los niños no ayuna, y también la mujer no ayuna durante el periodo, los 6 días del periodo... (entrevistadora: Ah, durante la menstruación...) No, durante estos días no está obligada a ayunar. El viajero que está viajando también tiene permiso a comer. Nuestra religión es simple, trata al ser humano así, no quiere poner al ser humano cosas que no puede hacer, por eso si uno está viajando y no puede, eso la religión le ha dado permiso para comer, no sólo en el tema del ayuno, sino en todas las cosas, que uno ve que esto es mucho esfuerzo él lo puede dejar, que también hay una aleya... el aleya 184 de la sura de la Vaca, en la página 44, viene contexto de Ramadán, aquí habla del Ramadán en contexto, dice: “en el mes de ramadán se hizo descender el Corán, dirección para los hombres y pruebas claras de la guía y del describimiento, así pues quien de vosotros vea el mes que ayune, y quien esté enfermo o de viaje que lo haga en otro momento por el mismo número de días, y aquí viene lo que él quiere: Al-lâh quiere para vosotros lo fácil y no lo difícil”, así que esto es lo que es... (2-H30-U-CM).

Así pues Ramadán como sintetiza uno de los informantes, es bueno para la salud del cuerpo pero sobre todo es un

- [...] Concepto religioso es algo moral y ético que normalmente Ramadán se hizo en el Islam por sentir lo mismo que siente una persona pobre que no tiene para comer. Esa es la idea principal de Ramadán, ponerte en el lugar del que no tiene [...] para poder sentir lo mismo y después ayudar a la gente necesitada [...] porque es un mes sagrado, y es un mes donde la gente se interesa más a lo espiritual, a lo religioso, más que otros meses.[...] Sí, hay que ser más solidario, más flexible, no hay que pelearse durante el día, no hay que hablar mal de la gente, no hay que insultar, eso es no sólo dejar la comida, dejar todas las cosas malas, las palabras malas, los insultos, no hablar mal de gente...[...] de alguna manera Ramadán tiene que ver con todos los tipos de salud, con la salud del cuerpo, con la salud del alma, psicológica, y con la salud de la sociedad (8-H40-U-CM).

En este apartado se han presentado y analizado los datos emergentes de las entrevistas relacionados con prácticas religioso-culturales que se relacionan estrechamente con la salud. Los datos relativos a los saberes y cuidados de salud populares y tradicionales que podríamos encuadrar dentro de los *sectores de la salud popular y folk* se presentarán en el siguiente apartado.

6.3.3. Saberes de salud y cuidados populares y tradicionales

Del pluralismo de nociones sobre la enfermedad y la curación en la sociedad marroquí dan cuenta las intersecciones entre conocimientos y saberes populares y tradicionales que conviven en Marruecos con los diferentes sistemas médicos (biomedicina o medicina científico-técnica, medicina humoral clásica (*tibb al iunani*), medicina profética (*tib al-nabawi*). En este apartado se van a presentar los datos más significativos de entre los muchos recogidos en las entrevistas relativos a los saberes y cuidados de salud populares y tradicionales que muestran esta riqueza de concepciones, creencias, representaciones y prácticas curativas que los y las migrantes marroquíes traen consigo en su viaje migratorio y que aportan también a la sociedad que les acoge. Interesa visibilizar estos saberes y prácticas que, con una fuerte impronta cultural, sirven o pueden servir para aliviar distintos tipos de aflicciones, preservar la salud y aportar mayor bienestar a las personas. Sumar y no restar saberes de salud y a través de su conocimiento y reconocimiento, como se ha venido insistiendo a lo largo de este trabajo, conocer más y mejor y reconocer a este colectivo de migrantes árabe musulmanes.

El *sector popular* es al que todos/as los/las migrantes marroquíes entrevistadas recurren en primer lugar cuando tienen un problema de salud y, como es habitual en la mayoría de contextos, son las mujeres las que ejercen el rol no profesional de cuidadoras sobre todo en el ámbito doméstico- familiar y también vecinal. Todos los relatos muestran una realidad compleja pero incuestionable: en Marruecos no es habitual ir al médico (sector profesional biomédico) a no ser que se sospeche una dolencia grave o se disponga de medios económicos para ello. Las deficiencias del sistema sanitario público marroquí y las barreras para la atención sanitaria, como más adelante se verá, hacen que el sector popular y también el folk/tradicional sean muy valorados por los y las marroquíes sobre todo en el ámbito rural. Pero esto no evita que, dada la hegemonía del sistema biomédico occidental en Marruecos, las transacciones y préstamos entre sectores del cuidado de la salud y entre sistemas médicos sea también una realidad: la utilización de fármacos biomédicos, conjuntamente o no, con otros remedios populares o tradicionales es frecuente entre los y las marroquíes, lo que no evita que se elija la medicina científico técnica para resolver sus problemas graves de salud.

Ante un problema de salud al que no se le atribuye una causalidad mágico-religiosa, los y las marroquíes confían en la atención sanitaria biomédica (medicina científico-técnica) y en sus profesionales, aunque no siempre sea fácil el acceso, o los costos adicionales de las visitas médicas o tratamientos farmacológicos o de otra índole, sean elevados o difíciles de pagar. De cualquier forma, tanto en Marruecos como en la sociedad de acogida, será en el sector popular, en los cuidados de las mujeres de la familia, cuidados *generizados*, y en los *autocuidados* y la *automedicación* donde se cubran, de entrada, la mayoría de las necesidades de salud.

- (entrevistadora: En Marruecos, ¿quién suele cuidar a los enfermos de la familia?) Por favor, las mujeres siempre, para qué vamos a mentir (entrevistadora: ¿y en tu familia... aquí en España?, Cuando he estado malo siempre me ha cuidado mucho mi madre, y cuando estoy malo aquí pues S... cuida de mí, y cuando ella está mala, entonces yo cuido de ella, poco, para qué voy a mentir, sí cuido pero no como ella a lo mejor, no es lo mismo (entrevistadora: ¿las mujeres son las que tienen el rol de cuidadoras...?) Sí, más. Yo cuando estaba malo, siempre, cuando estaba mi hermano, mi hermana, mi madre es la que ha estado ahí más, mi padre qué tal, cómo estás, ¿fiebre? Pero la que ha estado ahí dándome los medicamentos, viendo qué tienes que tomar ahora, qué tienes que tomar después, las mamás (7-H43-U-CT).

Madres, abuelas, suegras, hermanas, vecinas, saben cuidar porque el cuidado forma parte de su rol de mujeres y madres. Los procesos de endoculturación ligados a los roles de género parecen determinarlo:

(Entrevista traducida)

- [...] Es la madre la más siempre intenta estar al lado de sus hijos y darle todo el cariño, porque el padre sale al trabajo y la mayoría de las mujeres en nuestra sociedad se quedan en casa (2-H30-U-CM).
- (entrevistadora: ¿en Marruecos, cuando te ponías enfermo, quién te solía cuidar?) Pues primero mi madre, es que la madre siempre se cuida (entrevistadora: ¿tu padre?) Mi padre cuidarme de mí? No, solamente visitar, qué pasa, estás mejor (entrevistadora: Pero los cuidados la madre...) Si, es que mi padre no tiene esa cultura, no le gusta hospitales, a mi padre no le gusta el hospital, aunque se cae enfermo no quiere ir al médico... (entrevistadora: Pero los cuidados en casa quién los daba ¿la madre y quizá tus hermanas o también tus hermanos te cuidaban si tenías fiebre o si te ponías enfermo?) Más la parte femenina, a veces a veces el hermano este que te he hablado de él: qué te pasa, te he comprado medicamentos, pero que se sienta contigo, eso es más una profesión de las mujeres, que tienen más cariños...(entrevistadora: Que saben cuidar...) Sí, que saben cuidar mejor (5-H34-U-CT).

(Entrevista traducida):

- (entrevistadora: ¿Quién cuida a los enfermos en Marruecos, en tu casa por ejemplo, en tu familia quién cuidaba, cuando alguien se ponía enfermo qué personas cuidaban a los enfermos?) Todos, en Marruecos hay una cosa que me gusta, como ahora tiene su abuela, la madre de su madre que no se levanta, porque está en la cama y no se puede levantar ni a la ducha ni nada, y todos, su hermana, sus hermanas, todos y la madre cuidan de la abuela. (entrevistadora: O sea, ¿las mujeres más que los hombres?) Sí, las mujeres más

(entrevistadora: ¿Y los hombres también cuidan a la familia?) Menos. No, a veces, con el padre ayudar a su madre sí, pero con la abuela esto que... (entrevistadora: pero, normalmente son las mujeres...) Las mujeres, sí (10-M29-R-CT).

Los hombres también cuidan, pero no es lo habitual, porque la separación sexual de roles y de espacios (público para el hombre, privado y doméstico para la mujer) hace que sea la mujer, por regla general, dentro del contexto del hogar y la familia, la que adquiera la responsabilidad, los saberes y las habilidades para el cuidado. De cualquier forma, la sensibilidad para el cuidado no es patrimonio exclusivo de las mujeres, aunque sean ellas las que tengan el rol de cuidadoras más definido;

- (entrevistadora: ¿cuando tú estás enferma quién te cuida?) Cuando mi marido en casa mi marido, pero cuando no la madre de A... o mi tía o mujer de mi padre. (entrevistadora: generalmente son las mujeres las que cuidan más a todos...) Sí, porque los hombres tenían todo el día de trabajo, no como aquí de mañana (entrevistadora: Allí trabajan todo el día los hombres?) Todo el día o toda la noche y por la mañana duermen (3-M35-U-CT).
- (entrevistadora ¿Quién cuida más, mujeres, hombres, todos por igual?) Para que sea objetivo, la mayoría de los casos la mayor responsabilidad la tiene las mujeres, pero eso no dice que los hombres no hacen nada, sí que hacen. Eso depende también de las personalidades de cada uno, y ahí entre también el grado o nivel cultural de cada persona (8-H40-U-CM).

El papel del vecindario en los cuidados no profesionales adquiere una importancia que merece destacar. Los vecinos varones no ejecutan procedimientos de cuidados como sí pueden asumir las vecinas, pero acompañan y visitan también a los parientes y vecinos enfermos: las personas enfermas no se sentirán solas y tendrán el apoyo no sólo de la familia sino de la comunidad. Los usos y costumbres al respecto están muy influidos por la religión,

- [...] Allí en Marruecos si uno está enfermo todos los que le conocen le visitan y le dan apoyo... Y esto es cosa que se saca de nuestra religión, que es como una obligación visitar al enfermo [...] Es una tradición que es conocida en Marruecos cuando uno se pone enfermo no solamente su familia sino todos los vecinos, todos los que viven alrededor le apoyan, hasta si está ingresado en hospital le visitan en hospital y todo (2-H30-U-CM).
- (entrevistadora: ¿la costumbre de visitar a los enfermos está muy extendida en Marruecos?) Sí, esto sí, es como un deber, no sé, es parte también religioso, tradicional y todo, sí que es una costumbre que tenemos ahí, más bien a lo mejor religioso porque es un dicho del profeta que si vas a visitar también, no sé, que yo te bendiga, así que cuando hay un enfermo se acostumbra a visitarle y todo, aunque no sea un familiar o algo así siempre se visita (4-H34-U-CM).

Así pues los cuidados de salud van unidos al concepto de ayuda mutua, muy arraigada a la sociabilidad islámica marroquí:

- (Entrevistadora: ¿Cuando en Marruecos alguien se ponía enfermo, en tu familia por ejemplo... ¿qué hace la gente, qué hacíais vosotros?) Ayuda, cuando estoy enferma por ejemplo, no me levanto del sofá o de la cama, me levanto para ir al baño, nada más, pero cuando estoy enferma nunca he pensado de prepararme comida ni nada, soy casada o soy soltera siempre tenía cosas al lado. Sí, ayuda (entrevistadora: ¿Y quién proporcionaba esa ayuda y esos cuidados?) Yo cuando estaba en casa de mi madre siempre, aún me acuerdo de mi madre, cuando yo me pongo mala o con fiebre, soy mayor de edad ¿eh?, que no estamos hablando de niños, porque es normal que tu madre te cuida, y mi madre coge su manta y viene al lado de mí y se queda toda la noche al lado de mí, y cuando yo me he casado, cuando me pasa algo, por ejemplo algún dolor o alguna cosa así, siempre cojo mi bolso de ropa, me voy y me quedo en casa de mi suegra. (entrevistadora: ¿en casa de tu suegra?) Si estoy por ejemplo que me encuentro con dolor de cabeza, o alguna diarrea, o alguna cosa me pasa, si no está por ejemplo mi marido o algo, siempre me voy a casa de mi suegra y me quedo allí tumbada, no cojo ni un vaso de agua, hasta el agua me la trae (entrevistadora: Y tu suegra te cuidaba también...) Sí, mi suegra me cuida más que a su hija, hasta se levanta por la noche para taparme. (entrevistadora: ¿siempre son las mujeres las que cuidan, o también cuidan los hombres?) Dicen que los hombres también cuidan, pero depende de hombres... (entrevistadora: ¿en tu casa quién cuidaba más, tu madre?) Mi madre, mi madre cuida más, mi padre también, pregunta, va contigo al médico y todo, pero no es como mi madre. Mi madre coge la manta y viene ahí y se queda, y cuando yo estaba casada también mi suegra más que mi marido y mi suegro. (entrevistadora: Pero si tu marido estaba en casa no te ibas a casa de tu suegra..) No, estoy hablando por ejemplo cuando él no estaba, porque yo he quedado en Marruecos un año son él, él estaba aquí, entonces yo cuando siento por ejemplo alguna cosa porque estoy sola y me puede pasar algo por la noche, mi madre está en otra ciudad, entonces cuando me encuentro mal o algo no está bien, subo a casa de mi suegra. Cuando he dado la luz... Si, primer semana mi suegra y mi hermana, pero después me ha cuidado mi marido, me ha cuidado dos meses, tres meses, no preparo comida, sí, prepara él comida y todo. (entrevistadora: Y entre vecinos, entre... ¿la ayuda es solamente entre familia?) Estoy hablando de ayuda grande, por la noche que esté pendiente de ti, pero esas cosas que te toca a la puerta y qué quieres, has hecho por ejemplo comida o quieres que te traigo el pan, no puedes salir, esto también de vecinos (entrevistadora: Entre vecinos también...) ¿quieres que te acompañe al hospital para que no te sientas sola?, eso sí, entre vecinos también (1-M35-U-CM).

En el contexto de una sociabilidad femenina reforzada por la separación sexual de géneros tan arraigada en la sociedad marroquí, las mujeres aprenden habilidades para el cuidado y conocen, sobre todo en contextos rurales, pero también en las ciudades, los remedios naturales para hacerlo que se transmiten de madres a hijas. Estas prácticas de cuidados no profesionales, en gran parte exclusivo patrimonio de las mujeres que *cuidan la vida*, abarca desde remedios para dolencias banales como resfriados u otras malestares leves, hasta la asistencia al parto de las hijas y vecinas, y los cuidados posteriores en el puerperio: las *qabla* o *qibla* (ár.) o parteras tradicionales, tienen un papel vital en la asistencia de las mujeres y los recién nacidos en los contextos rurales y entre las clases trabajadoras de las ciudades,

(Entrevista traducida)

- [...] qabla es su madre, su hermana seis su madre, ella matrona. (entrevistadora: ¿Pero ella solamente ayuda a sus hijas o también ayuda a otras mujeres?) A otros vecinos, todo.

(entrevistadora: A otras vecinas también. ¿Y por eso le pagan o lo hace por ayudar nada más?) Sólo por ayuda. (entrevistadora: O sea que no recibe nada a cambio) No, nada (entrevistadora: ¿Y la llaman a ella, la buscan a ella?) Sí, por ejemplo si una mujer ha llegado su día y no tiene tiempo para ir al hospital, la llaman a ella, con las vecinas y ya está. (entrevistadora: ¿Pero eso en el pueblo o en Tetuán?) En Tetuán. En el pueblo todo qablas, en Tetuán, en el pueblo no hay hospital. En Tetuán sólo si está en peligro, por ejemplo está el niño casi se ha salido, ahí le ayuda. (entrevistadora: O sea que las mujeres en Marruecos aún tienen los niños en casa...) Sí, su hermana seis, y su otra hermana creo que cinco y todos en casa (entrevistadora: Y madre le hizo el parto a tu hermana, de los seis...) Sí, de seis y cinco, son once (entrevistadora: tu madre estudió para ser qabla?) No (entrevistadora: ¿De quién aprendió el oficio? Su abuela estaba qabla antes. (entrevistadora: Su abuela también...) Cuando nacieron H... y sus hermanos, todo, a la mano de su abuela, porque la abuela ha cuidado a su hija, todos los que nacieron todos qabla. (entrevistadora: O sea que tu abuela ya era qabla...) Sí. Ella también se ha puesto una vez con la vecina qabla (entrevistadora: ¿Ah sí? ¿tú también has sido qabla?) Un vecina suya en Tetuán, su marido se ha ido para traer taxi, que la mayoría no tiene coche, se ha ido para buscar un taxi, y la mujer estaba en las últimas horas, que ya está, el niño casi fuera, y está, ésta con ella, y yo voy a ayudarla para sacar el bebé, pero con llorar con todo, con miedo, mezclado con todo, porque no está acostumbrada (entrevistadora: ¿Y qué años tenías? Veintiuno (10-M29-R-CT).

En las zonas rurales, prácticamente la totalidad de los partos ocurren con la ayuda de otras mujeres. Uno de los informantes, maestro en un pequeño pueblo de las montañas de Tánger, relata este hecho, cuenta alguna experiencia dolorosa de partos que han terminado con la muerte de la madre, o con graves problemas de salud materno-fetal, y también hace referencia a la alta mortalidad materna en Marruecos:

- [...] cuando estaba yo en ciudad de Tánger, en la calle nuestra había una señora que estaba allí, que trabajaba en un hospital, una trabajaba, otra no trabajaba, pero era muy conocida, o sea que en su casa tenía un letrado que... y la gente acudía a ella...[...] Comadronas, y mucha gente, porque no era gente del pueblo, ni gente de las afueras de Tánger, gente del centro, centro de Tánger, y la gente acudía a ella y nunca tuvo problemas o algo así. En los pueblos se sigue haciendo. En los pueblos las mujeres no van a dar a luz al hospital. Yo te puedo decir que el 90% dan a luz en el pueblo sin nada. La mujer, cuando... porque yo estaba en el pueblo y... ha nacido esto, ha nacido... siempre escuchas estas cosas, y cuando ya la mujer empieza a ... notar que empieza el parto llaman a la señora que conocen allí en el pueblo, viene, la ayuda, además a mí me comentaron que a veces es difícil, que no quiere salir, la mujer sufre, pues la cambian de posición, la hacen... (entrevistadora: esas mujeres saben qué hacer...) Sí, no sé, la cambian de posición, no sé que le ponen, pero no solamente... así que tienen sus conocimientos, por experiencia (entrevistadora: ¿y se morían muchas mujeres en el parto?) Yo sé, por ejemplo, el caso ese que te he contado que yo lo vi... A lo mejor... en Marruecos hay datos que se mueren muchas a lo mejor doscientas y pico al año, que es un porcentaje alto de mujeres que mueren en el parto (4-H34-U-CM).

Los usos y costumbres relacionados con los partos y los cuidados del recién nacido se transforman, y cambian total o parcialmente con la inmigración. Todos ellos son ampliamente explicados por tres informantes (1-M35-U-CM; 3-M35-U-CT; 10-M29-R-CT) que ya han sido madres, y todas relatan coincidencias que merecen la pena reseñarse y sintetizarse:

En Marruecos:

- Los cuidados relativos al parto, puerperio y cuidados del recién nacido dentro del sector popular son competencia exclusiva de las mujeres: abuelas, madres, hermanas o vecinas. Los hombres no participan en ningún procedimiento específico, aunque sí intervienen cuando hay que trasladar a la mujer al hospital porque existe alguna distocia en el parto, o en la presentación fetal, que la *qabla* considera que no puede resolver en el hogar.
- En el ámbito rural la mujer que ejerce de *qabla*, y las otras mujeres que participan en el nacimiento, son esenciales para el cuidado de la madre y del hijo. El control biomédico del embarazo y la atención hospitalaria del parto y puerperio inmediato son la excepción, cuando no es imposible acceder a ellos. En el ámbito rural la atención privada no existe y la pública tiene múltiples barreras (geográficas, de movilidad, entre otras...) que la hacen en general, inaccesible. Los partos domiciliarios atendidos por parteras tradicionales y por mujeres de la familia o vecinas son la norma.
- En las ciudades las mujeres de clase trabajadora y clase media marroquí tienen más acceso al médico para el control del embarazo, y al hospital a la hora del parto y todas refieren confianza en el médico a la hora de controlar su embarazo. Pero, aún así, llama la atención que suelen ser habitual buscar la ayuda biomédica y acudir al hospital sólo en el parto del primer hijo. El temor a las complicaciones del primer parto y la creencia de que los partos posteriores siempre son “más fáciles” que el primero desde el punto de vista obstétrico, es lo que hace que se intente buscar la ayuda del médico o la matrona fundamentalmente en el primer parto y no tanto en los posteriores. Para los demás hijos, será de nuevo la *qabla*, quién atienda el parto en el propio hogar. Además, acceder al hospital público en Marruecos tiene sus costes adicionales, ya que es habitual que haya que pagar cantidades variables de dinero al personal sanitario para obtener unos cuidados de mayor calidad, así como costear medicamentos o procedimientos médicos que no están incluidos total o parcialmente en el sistema público de salud. La atención privada es otra opción para la atención del parto, pero muy restringida, cuando no impagable para las clases populares en Marruecos.

- La *qabla* es valorada muy positivamente por las mujeres y por la comunidad. Ejerce su tarea siempre en un ambiente de confianza y respeto por parte de las familias y no percibe honorarios por su trabajo no profesional: el pago circulará por los caminos de la reciprocidad no monetarista y del reconocimiento y prestigio entre de las mujeres y familias, y en la comunidad. Su importante función social como agente de salud comunitaria, aunque fundamental y necesaria para el cuidado de la vida, parece que participa de la subalternidad de su rol de mujeres.²⁴²

En España:

- No se ha podido constatar a través de los relatos analizados que haya *qablas* ejerciendo sus tareas de soporte y ayuda al parto en Castellón y Vila-real. Las *qablas* no parecen ser accesibles ni requeridas por las mujeres marroquíes en la inmigración. Los requisitos legales y de formación profesional para poder ejercer como matrona en España, junto con la mayor accesibilidad al sistema sanitario público, pueden estar detrás de que esta figura de la *qabla*, tan apreciada por las mujeres y las familias en Marruecos, no exista ni sea requerida en la sociedad de acogida.
- Sin embargo si se encuentran sobradas referencias a la accesibilidad del sistema sanitario público español. En la sociedad de acogida los partos hospitalarios son la norma y el control pre y post parto de la madre, y control pre y post natal del hijo/a, se realizarán mayoritariamente dentro del sector profesional biomédico. Dos de mujeres marroquíes inmigrantes entrevistadas que han tenido hijos una vez inmigradas, 3-M35-U-CT y 10-M29-R-CT, valoran positivamente la atención biomédica recibida durante el embarazo, parto y puerperio. El sistema público de salud español da por ley cobertura obstétrico-ginecológica (embarazo, parto y puerperio) y pediátrica universal y gratuita para todas las mujeres y niños/as, inmigrantes o no, en cualquier situación administrativa, y esta opción es muy valorada por las mujeres entrevistadas que hacen referencia a otras amigas

²⁴² Aunque no hay referencias expresas, por lo que se desprende de los relatos de las informantes, no hay reconocimiento ni regulación oficial de su tarea consuetudinaria que es tolerada y nunca es clandestina. Dada su amplia difusión tanto en ámbitos rurales como urbanos, no parece probable que sus funciones sean consideradas intrusismo profesional para con las matronas con formación biomédica que ejercen en hospitales.

marroquíes que, como ellas, confían y valoran positivamente la atención biomédica recibida en España.

De los datos recabados en las entrevistas se desprende que una vez se ha emigrado, los saberes populares y tradicionales de salud permanecen dentro del seno de la familia de procreación y las mujeres siguen siendo sus albaceas principales, sin embargo, la mayor accesibilidad al sistema público de salud en la sociedad de acogida parece que va a favorecer los procesos de medicalización de las dolencias banales y por tanto los cambios en algunos usos y costumbres populares y tradicionales. Por otra parte no siempre se tiene un acceso fácil a muchos de los remedios de la farmacopea popular y tradicional marroquí. Así pues los remedios populares citados en los relatos por los y las migrantes (véase Tabla 14, pág. 368) siguen siendo utilizados después de la emigración, en mayor o menor medida según puedan o no ser conseguidos, y de manera combinada o complementaria con los medicamentos recetados por el médico, aunque sobre este punto no se ha podido obtener información más precisa que nos permita poder realizar inferencias sólidas al respecto.

- (entrevistadora: Entonces cuando en Marruecos te ponías enfermo ¿no ibas al médico?...tenías remedios que tu madre sabía y tú te curabas con remedios naturales, con hierbas...) Y mi tía también (entrevistadora: ¿Normalmente, esos remedios los conocen más las mujeres? Sí, las mujeres, lo hablan (entrevistadora: Se lo hablan entre ellas, más que los hombres...) Claro, más que los hombres (entrevistadora: Y aquí en España me has dicho que vas al médico, cuando te sientes enfermo no utilizas esos remedios, te vas al médico) Sí, puedo ir al médico si quiero (entrevistadora: ¿qué otros remedios conoces, aparte de la manzanilla para el dolor de barriga, recuerdas más cosas de esos remedios que tomabas en Marruecos? Hay unas hierbas que se llaman “sajtar”, menta, “ashir”, otra hierba que se llama “maru,” para el estómago... pero aquí no se encuentran... (entrevistadora: Es para el dolor de estómago...) Sí, eso lo usó mi tío, el hermano de mi madre, le estaba preparando mi madre cuando está enfermo. (entrevistadora: ¿Entonces, todo esto lo aprendiste de tu madre y de tu tía?) Sí (entrevistadora: ¿y en Marruecos nunca utilizabas estos remedios junto con los antibióticos o los remedios que te daba el médico?) No, o una o otra cosa, no juntos porque no sabes si te viene bien para ti o no. Por eso tienes que dejar una cosa u otra (9-H36-U-CT).
- [...] La mayoría era gente del pueblo, porque toman todo natural. Cogen hierbas, toman... estás enfermo, dónde te duele, el estómago, no hace falta que se va al médico (entrevistadora: Van poco al médico...) Sólo hierba. Coge hierba, la pone en agua, se limpia primero en agua bien, lo pongo en una cazuela, para ponerlo encima del fuego, hasta que hierva bien, y lo coge un papel, un trozo de tela para colarlo bien, sin azúcar, sin nada, no está dulce, me entiendes, es un poquito muy fuerte, pero tiene que aguantar, y te curará rápido (entrevistadora: O sea que la gente utiliza mucho hierbas y remedios naturales) Sí (entrevistadora: Más que ir al médico?) Más que ir al médico. Hay mayoría de gente que no va al médico. Hay gente que morirá y no sabe qué significa el médico. Están muertos pero no saben dónde está el médico. (entrevistadora: ¿esto en las ciudades también pasa, tú crees, o menos?) En las ciudades menos. La mayoría de la gente de la ciudad, cuando duele algo, al médico. Le duele la pierna, la espalda, al médico. O hay

gente que no cree en la hierba, pero normalmente hierba mejor que todo (entrevistadora: ¿Y esas hierbas, tú también conoces remedios naturales?) Sí, yo conozco, he tomado mucho cuando estoy en Marruecos, me duele la barriga, vengo a mi madre y me pone un poco de manzanilla natural, así en la cazuela, tómate, y mañana estoy perfectamente bien. Yo cuando estoy en Marruecos no conozco el médico (entrevistadora: O sea que tú vas más al médico aquí que en Marruecos?) Sí (entrevistadora: ¿y aquí esos remedios naturales que tomabas en Marruecos no los tomas?) No, no lo tengo (entrevistadora: Porque no los tienes?) Cuando me voy de vacaciones no busco de estas cosas, hierbas, no busco (9-H36-U-CT).

(Entrevista traducida)

- Hay una hierba, no sé cómo se llama, que se sube adonde están las tumbas. Ésta lo hacen para que se quita esa enfermedad, a veces que salen, se quita el pelo... (entrevistadora: La sarna) La sarna, que sale en la piel, pero no sé cómo se llama. Una de su familia estaba enferma de sarna en la cabeza, en todo de la salud, en la piel, todo, no ha dejado ningún médico que no ha visitado, todo, en Tetuán, Tánger, tenía un poquito de dinero esta gente, ha visitado a todos los médicos, y nada, ninguno que ha sacado un medicamento para curarla, y se ha ido la madre de H... a las tumbas y ha cogido esta hierba... (entrevistadora: Que no sabes cómo se llama?) No sé cómo se llama, pero su madre lo sabía, se lo pregunto a su madre y lo apunto. Con *henna*, lo pone con *henna*, y se curó rápido (entrevistadora: Y se le pasó todo... La *henna* también tiene propiedades ¿verdad? para curar, ¿para qué sirve la *henna*?) Está bien para el pelo, porque hay dos colores, una para las manos, para el dibujo de las manos, y una que lo ponen en la cabeza, o en el pelo...(10-M29-R-CT).

La medicina popular y las *formas tradicionales de curación* (terapias, especialistas y técnicas) están fuertemente arraigadas entre la población marroquí, especialmente en el ámbito rural, pero también en las ciudades, y sobre todo, como ya se ha presentado en el Apartado 6.3.1.3. (*Posesión por jenûn, magia y aflicciones psicosomáticas de origen mágico-religioso*), para atender todas aquellas aflicciones de etiología mágico-religiosa para las que los modelos explicativos populares y los de medicina científico técnica no tienen puntos de concordancia. Los datos relativos a las aflicciones de etiología mágico-religiosa y los diversos especialistas que son citados por los/las informantes ya han sido presentados y analizados en este apartado por lo que no se va a volver sobre ellos.

Cabe resaltar que terapias, especialistas y técnicas de la medicina popular y tradicional, son el recurso de salud de muchos marroquíes. Tratamientos y especialistas folk (droguistas, ‘*attâr*’; herboristas, ‘*ashshâb*’; cauterizadores, *kuwway*; barberos, *hajjâm*; dentistas, *mûl snân*; mujeres curanderas; videntes y hechiceras y curadores coránicos) se pueden encontrar en Marruecos junto a profesionales biomédicos (enfermeras, matronas, médicos, etc.). No todos estos especialistas han sido citados por las personas informantes de la muestra, pero las fuentes documentales consultadas hacen referencia a todos/as ellos/as.

De los relatos se deriva que en los contextos rurales estas formas tradicionales y populares de curación pueden y suelen ser la única posibilidad de atención a la salud, mientras que en las ciudades conviven con la medicina científico-técnica hegemónica. El siguiente segmento textual muestra además los supuestos peligros de consumir remedios administrados por algunos especialistas folk que venden medicinas en los mercados sin tener supuestamente formación para ello.

- (entrevistadora: ¿Y a los curanderos, curanderas, sanadores espirituales, o sea algún otro tipo de medicina tradicional, no se acude cuando uno está enfermo?) Sí, sí, en mi casa por ejemplo no, sólo las cosas tradicionales que sabemos, hierbas o cosas así que se sabe por experiencia, por herencia se sabe, pero sí que hay curanderos, cosas así que hay gente que cree mucho en esto, que va mucho, que necesita mucho. En mi casa no, nunca hemos ido, pero sí que hay, yo conozco que hay muchos, tú vas, por ejemplo, hasta en Tánger, tú vas y en los mercadillos del pueblo hacen un día específico, ves a gente vendiendo cosas y es peligroso, para mí chocante porque ves a gente que nunca ha estudiado, nunca ha hecho nada con cosas ahí en el suelo, y no sé que tienen ahí y con fotos de gente enferma, cosas de piel, cosas que salen en la foto que tú no puedes ver, y empieza este señor a gritar, pues si estás enfermo de esto aquí tienes esto, y la gente del pueblo, esto se hace en cada pueblo, tú vas al mercadillo que se hace... (entrevistadora: En tu pueblo, por ejemplo, donde te vas a ir ahora...) Sí, sí, y allí, porque en mi pueblo, no es un pueblo, son cinco o seis pueblos, hacen un mercado el miércoles en uno que está cerca de la ciudad, lo llaman el mercado del miércoles, y el miércoles por la mañana todos se van a este, y ahí tú ves a esta gente que está ahí con cosas, la verdad es que yo no sé qué tienen ahí, no sé, pero es peligroso porque ese señor no tiene estudios ni nada, solamente compra cosas y las traed y empieza...(entrevistadora: ¿y no puede ser que sí que tuviera conocimientos de medicina tradicional heredados por tradición oral, y que él de alguna manera...?) A lo mejor sí, pero la verdad es que... lo único que yo me extraña es que tiene que ser un poco controlado por la sanidad, porque eso no se controla, yo lo que creo es las cosas que venden ahí, porque tú puedes escuchar: si estás enfermo de cáncer aquí tengo la... ¿cómo puedes tener una...? Esto es el remedio para el cáncer, y todo el mundo lo cree y lo compra. Si tienes próstata, si tienes esto pues aquí esto... Todo, él cura todo, con las botellas que tiene ahí lo cura todo y las imágenes que tiene, pone unos libros ahí que no sé que lleva en estos libros, pero no sé, es también cosa cultural, y la gente cree en esto, y a lo mejor engañan a la gente, a lo mejor ellos lo hacen por dinero (4-H34-U-CM).

Las grandes diferencias socio-económicas y de formación (estudios realizados) y la accesibilidad diferencial al sistema sanitario -público o privado- entre el campo marroquí y las ciudades, condicionan la utilización de estas formas populares, tradicionales y religiosas de curación, lo que no evita que también en las ciudades, en relación a la posición y clase social de las personas, el acceso al sector folk sea también una realidad habitual sobre todo entre las clases populares.

Tampoco hay que olvidar que, aparte de la hegemonía biomédica, algunas de estas prácticas mágico- religiosas, sobre todo las vinculadas a la magia ofensiva y las relacionadas con los santos y las curaciones en santuarios y *zawiyas*, así como algunas terapias cofrádicas relacionadas con cultos de posesión (rituales colectivos *Gnâwa*,

Hamâdsha, 'Isâwa) no están legitimadas por el Islam más ortodoxo, lo que hace que algunas personas las consideren poco relevantes para la salud o desconfíen, a pesar de haber recurrido a alguna de ellas en algún momento de su vida. Así explica uno de los informantes un supuesto ataque por un *jinn* cuando era pequeño y la curación realizada por un *shurfâ* en un santuario al que le llevó su madre (los *shurfâ* son los gestores de los santuarios, y su poder para intercambiar la *baraka*, «la persona que hace la verdad de las personas» (5-H34-U-CT), y sus conocimientos del Corán les otorgan legitimidad).

Como bien explica Mateo Dieste (2010:244) agentes y técnicas tradicionales no se ocupan o atañen sólo a enfermedades mágico-religiosas ya que en la práctica estas prácticas se conectan con la medicina humoral. El relato que sigue es relevante al respecto: el *shurfâ* que curó a este informante de su enfermedad parece que utilizó el Corán, pero también algún tipo de pócima o sustancia que fue ingerida. Para este informante el *shurfâ* es equivalente al imam, lo que en estricto sentido no se corresponde con una realidad plausible.

- (entrevistadora: ¿no ibas a médicos tradicionales?...) No, nunca (entrevistadora: Curanderos...):¿curanderos?, no nunca (entrevistadora: No lo has utilizado mucho...) No. Me acuerdo que una vez que me cayó en el servicio, era un servicio tradicional. Es lo que me acuerdo porque era pequeño. Me cayó en este sitio, me salió, bueno, la próxima día, cuando empieza a llegar la noche me empieza el dolor. Me cuenta que mi madre me cuenta, siempre me dice esto, que los pies estos se cambian, empiezan a dar la vueltas por ahí, bueno el estado no es normal, siempre a la caída del sol, del día (entrevistadora: Y dices que te caíste en un servicio?) En un servicio antiguo [...] Wáter que está abajo, pero había un espacio muy grande... (entrevistadora: Y te caíste ahí...) Y me cayó (entrevistadora: Y te hiciste daño?) Si, poco daño, pero no daño, no se ve materialmente, no se ve nada, es que me cayó y como lloraba, que era niño, y ya está, se ha ido el dolor, pero está el problema que cuando se cae el sol no puedo quedarme de pie, tengo que... (entrevistadora: tumbarte...) Sí, los pies... lo que dice mi madre, no me acuerdo, me acuerdo que me empezaba el dolor en los pies, entonces ella, con su cultura se ha ido a una persona que se llama el *shurfâ* esto es que el *shurfâ*, sus papeles son diferentes, el *shurfâ* es la persona que es imam, la persona que hace la verdad de las personas, es la persona que le puedes preguntar sobre el tema de religión, también puede preguntarle sobre que entra a facilitar la vida de los demás, y también es una persona que puede ayudar en el tema de salud (entrevistadora: ¿cómo se escribe?) Viene de un verbo que se llama... que significa que sabe en este tema. (entrevistadora: Y tú recuerdas que tu madre fue a él para que le ayudara a curarte?) Fue a él, le ha hecho un escrito, no sé, del Corán o algo, tengo que beberme algo, tengo que visitarme un sitio donde hay una tumba de una persona santa (5-H34-U-CT).

Otro de los informantes no hace uso del sector folk de atención a la salud pero conoce la existencia de curanderos y santeros y su madre creía en ellos. No confía en los agentes ni en técnicas tradicionales y, al igual que 4-H34-U-CM, advierte del peligro de charlatanes e impostores que no tienen conocimientos pero ejercen en este sector.

Además explica bien la transmisión hereditaria de saberes consuetudinarios de salud dentro de este sector de la atención sanitaria y reconoce que las curaciones religiosas pueden ser útiles para determinadas aflicciones de índole psicológica :

- (entrevistadora: y vas al médico de la medicina oficial, o también vas a otros tipos de médicos?) No, eso depende de las personas, yo voy al médico de... porque yo soy poco de... que habrá santeros, habrá curanderos, pero yo no soy de creer ni en santeros ni en curanderos, yo voy al médico siempre. Mi madre, que descansa en paz, sí que creía... es que yo conozco a una mujer que tocándote te hace... no, yo no voy a ir, me acuerdo que de pequeño me habrá llevado a alguna que otra parte, seguramente, me acuerdo, pero desde que tengo uso de razón yo siempre me he negado.(entrevistadora: Porque los morabitos, en Marruecos sigue habiendo morabitos donde la gente va...) Sí, sí, sigue habiendo gente... está la gente que a lo mejor sabe algo, que ha heredado de abuelo a abuelo, de sus abuelos, tiene unas fórmulas, para ciertas cosas, porque no te va a curar el cáncer, pues tienes esas fórmulas, vas y te hace un remedio, pero ahí no hay trampa ni cartón, y están la gente que también, que se ríe de la inteligencia de la otra gente, y se inventa cualquier cosa, como aquí y en cualquier país del mundo, y le saca la sangre a la gente diciéndole que les curan todo y tal, y... pero yo no iba ni a estos ni a los otros. No. (entrevistadora: Pero en Marruecos se siguen llevando, por ejemplo, las curas más de tipo religioso, ¿no?, relacionadas con la religión...) Sí, para muchas enfermedades, sobre todo cuando es ya de tipo psicológico, no físico, sobre todo, muchas veces, no, es que yo conozco a uno o a una que llevándote va a leer unos cinco o seis versos del Corán y verás que bien te vas a poner, tocándote y leyendo el Corán, si, existe esa gente también (7-H43-U-CT).

En la siguiente tabla se sintetizan los remedios populares y tradicionales a los que aluden los y las informantes:

Código identificación	REMEDIOS POPULARES (conocidos y/o utilizados por <i>ego</i>)
1-M35-U-CM	Patatas (cortadas a rodajas) para el dolor de cabeza y para bajar la fiebre Cebolla picada con vinagre y aceite de oliva en paños por todo el cuerpo para bajar la fiebre Manzanilla para el dolor de vientre Aceite de oliva para el dolor de vientre y el dolor de garganta Friegas perianales con hojas de perejil para ayudar a defecar a los niños/as
2-H30-U-CM	<i>Siwâk</i> , para la higiene bucal, para limpiar dentadura “medicinas con hierbas y también aceite y miel” (no conoce/no nombra usos específicos)
3-M35-U-CT	Aceite de oliva: friegas para curar la gripe Miel con leche para la tos Azahar en infusión para el dolor de vientre <i>Khol</i> para el cuidado y belleza de los ojos del recién nacido Hilo rojo empapado en saliva y enrollado, o una tela roja para el hipo de los niños/as Yema de huevo con mantequilla: se le da un poco al recién nacido para que coja fuerzas Manzanilla y anís en infusión para los recién nacidos Alheña o <i>henna</i> (al-hinnā), para fortalecer la piel y para decorarla, para curar la caspa y darle brillo al cabello y también para prevenir y eliminar los piojos (pediculosis) <i>gasul</i> y jabón negro “ <i>beldi</i> ” para exfoliar la piel durante el baño
4-H34-U-CM	Miel y aceite de oliva (nunca faltarán en las casas) Patatas a rodajas en la cabeza para cefaleas o tomates a rodajas en la cabeza para cefaleas. Se anudan apretadas con un pañuelo Hojas de eucalipto sobre la cama (como una sábana de hojas) para bajar la fiebre. El enfermo debe dormir y descansar sobre las hojas
5-H34-U-CT	No nombra ningún remedio
6-M28-U-CM	Hierbabuena en infusión y masaje para el dolor de barriga Toallas calientes en hipogastrio para la dismenorrea. Bebidas calientes para dismenorrea
7-H43-U-CT	Pimienta roja molida (pimentón) para parar hemorragias por heridas Rodajas de patata y compresión craneal para el dolor de cabeza
8-H40-U-CM	Orégano en infusión para la diarrea Descansar y dormir para el dolor de cabeza Su madre conoce muchos remedios populares, pero deja de utilizarlos a medida que la medicalización se instaura también entre las clases medias marroquíes
9-H36-U-CT	<i>bukhûr</i> de La Meca para curar el “mal de ojo”: “no es polvo...son como piedras, hay negro, blanco y hay sal”. Se quema sobre carbón y cuando termina su combustión con una cucharita depositas una parte sobre el niño afectado de mal de ojo” “ <i>sajtar</i> ,” menta, “ <i>ashir</i> ”, “ <i>maru</i> ” para el estómago: herboristería variada pero no conoce bien sus usos. Remedios que utilizaba en Marruecos porque su madre se los daba, pero que aquí no utiliza. Estos remedios, según él, los conocen las mujeres. Manzanilla para el dolor de vientre
10-M29-R-CT	Alheña o <i>henna</i> (al-hinnā), para reforzar el cabello, darle color y fuerza. También se mezcla con otra hierba que crece en los cementerios para curar la sarna Miel y menta para resfriados <i>bukhûr</i> de La Meca: su combustión y fumigación sobre el niño cura el mal de ojo

Tabla 14. Remedios populares y tradicionales. Elaboración propia

6.3.4. De Marruecos a España: percepciones sobre el sistema sanitario y la atención a la salud

Las personas que emigran viajan con sus experiencias de vida anteriores a la migración y, tras el viaje y todos sus avatares y su posterior establecimiento en la nueva sociedad, pueden comparar realidades muy diversas apoyándose precisamente en sus experiencias vitales. En ocasiones, como las que en esta tesis se presenta, ellos y ellas se convierten en narradores de dos mundos: el que dejaron atrás, su país de origen y el nuevo mundo de vida, la Comunidad Valenciana. Cabe recordar aquí que la muestra manejada no permite establecer generalizaciones, pero si se quiere enfatizar que todas sus historias cuentan porque son únicas y porque sus percepciones, experiencias y las diversas formas de narrarlas nos presentan diferentes formas de pensar, sentir y actuar, pero también similitudes insospechadas con las personas autóctonas. Más allá de la nacionalidad, clase o posición social, nivel de estudios, edad o género de quién nos cuenta su experiencia, sus relatos de vida pueden servirnos bien para entender o vislumbrar todo aquello que nos une como seres humanos, más allá de las diferencias contingentes.

En lo relativo a la valoración diferencial del sistema sanitario (Marruecos-España) y de la atención a la salud percibida por los y las inmigrantes marroquíes de la muestra encontramos discursos muy parecidos: todos y todas encuentran deficiencias importantes en el acceso y la calidad de la atención sanitaria en Marruecos, y todos y todas perciben como mejor el sistema sanitario español y la atención recibida, y especialmente valoran el acceso sin barreras a los dispositivos de salud. Los problemas relacionados con las dificultades y barreras debidas a la traducción lingüística y cultural aparecen en sus relatos pero no parecen ser preocupaciones prioritarias a la hora de acceder a la atención sanitaria.

Las formas tradicionales y populares de curación se verán modificadas con la inmigración, pero además, la hegemonía de la medicina científico técnica y del sector profesional biomédico, el cambio generacional, el acceso a la formación, la vida en las ciudades y el nivel socioeconómico, serán variables a considerar a la hora de entender los relatos que nos hablan de la medicalización de las dolencias banales, de los préstamos y la aculturación en las prácticas relacionadas con los procesos de salud-

enfermedad y la atención sanitaria. Los siguientes relatos ilustran bien esta realidad compleja:

- (Entrevistadora: En tu vida en Marruecos y en tu vida en España ¿Qué diferencias encuentras en tu forma de actuar cuando te sientes enfermo?) La única diferencia, hay muchas diferencias pero una de las que puedo yo decir, por ejemplo en Marruecos cuando me pasa algo así el cuidado de la familia que está ahí, pues tómate manzanilla, tómate esto, tienen remedios así, miel, leche con algo, así que esas cosas que siempre están en la casa y si a uno le duele el estómago o tiene dolores de cabeza o está resfriado, limón no sé con qué que hacía tu madre. Aquí si tienes esas cosas pues los amigos que están aquí a lo mejor no te traen esas cosas pero sí que lo que te traen, Aspirinas o cosas así, así que te acostumbras al ritmo de aquí también... (entrevistadora: ¿a tomar más medicación?) Sí, que aquí es así, cuando ya tienes algo y solamente hablando: no me siento bien porque tengo esto, y lo primero: ah, bueno, yo te traigo esto, y te trae... no, no, tienes que tomarla (entrevistadora: Y te la tomas...) Te la tomas. Así que la confianza (entrevistadora: ¿Y en Marruecos no tomabas tantas pastillas, tomabas más remedios? Yo en Marruecos no tomaba casi nada [...] Una de las cosas también importantes es el cambio. Esto te cuento de mi generación. Ahora mi hermana que está casada es totalmente diferente. Ha cambiado totalmente, porque solamente con el niño, si grita, si tiene algo, corre directamente al médico, ha cambiado, antes en nuestra época era así, a lo mejor en la época de mis padres ni siquiera iban al médico. En nuestra época era combinar las dos, primero esto y después si no al médico, y ahora el caso de mi hermana es totalmente deferente: no aguanta ni una hora. Eso hasta que no... ya tienen la idea de que esto son tonterías y esto no sirve, lo primero es llevarlo al médico y ahí ya se pone más tranquila [...] Creo que el nivel económico también importa. Yo te contaba mi experiencia como éramos familia pobre o normal, pero mis vecinos que eran ricos directamente iban al hospital o cosas así (entrevistadora: O sea que el tomar remedios, incluso ahora en Marruecos, tomar remedios caseros tiene que ver también con el nivel económico de la familia?) El pueblo por ejemplo donde trabajaba, el pueblo a lo mejor sí que es raro que lleven a un niño al médico (4-H34-U-CM).
- [...] La verdad la verdad, yo siempre fui de médicos. Yo siempre fui de las personas que voy al médico rápidamente. Yo tenía médico especial para mí, privado, yo pago, y mi hijo también tenía pediatra, yo siempre si siento algo directamente al médico, no como madres y abuelos que antes ponían..., no. Yo, por ejemplo, por la noche puedo aguantar, pero yo siempre voy al médico. (entrevistadora: ¿Antes de ir al médico utilizabas remedios naturales que tú conocías, de tu madre, de tus abuelas, remedios, digamos, populares, o en cuanto te sientes enferma vas al médico?) No, si me duele por ejemplo la barriga puede tomar manzanilla hasta que me voy al médico, si encuentro bien ya está, no hace falta, por ejemplo (entrevistadora: ¿Qué remedios conoces, qué tipo de remedios conoces?) Pocas, mi madre sabía más que yo [...] Yo he visto en mi madre, yo no he utilizado, he utilizado cosas de barriga. A mi hijo utilizo manzanilla, pero por ejemplo el dolor de cabeza patatas nunca he utilizado yo. (entrevistadora: ¿qué es eso de las patatas?) Ponen patatas aquí en la cabeza. (entrevistadora: ¿eso tu madre lo utilizaba con vosotros, con tus hermanos?) Sí, mi madre, mis vecinos, mi suegra, cuando fui a casa de mi suegra también hablaba de estas cosas, ¿te hago esto, te hago esto, por ejemplo? (entrevistadora: ¿Y tú esto lo has utilizado con tu hijo?) Con mi hijo he utilizado una cosa nada más, de verdad, tenía meses, puede ser dos meses o un mes, y los bebés cuando no pueden hacer caca... sí, dicen que es bueno poner un poco de perejil, le pasas así perejil por detrás, y le ayuda a hacer caca...[...] Puede ser casualidad, pero funcionó. Y antes casi toda la gente lo sabía en Marruecos que el perejil ayuda que... y he gastado manzanilla con mi hijo, pero nada más.[...] nada más, siempre yo lo he llevado al médico. Y ahora con la edad de la gente y jóvenes no utilizan tanto... (entrevistadora: Cuando te sientes enferma, ¿tomas medicamentos por tu cuenta o recurres a remedios naturales o de otro tipo?) Menos de

dolor de cabeza, que gracias a Dios que no tengo siempre dolor de cabeza, menos por ejemplo de... por ejemplo pastillas de... cómo se llama, del dolor... no me acuerdo cómo se llama, pastillas que no te van a hacer daño ni nada, para el dolor, porque me dijo el médico que si tienes dolor o algo te puedes tomar, por ejemplo como Frenadol, que puedes tomarlo, no sé, esas pastillas no me acuerdo cómo se llama... Ibuprofeno!!, algún dolor de cabeza que no puedes ir al médico, y sabes que es por poco dormir, que sabes que es una cosa, pero más no.[...] (entrevistadora: Entonces en Marruecos utilizaste alguna vez tratamientos naturales o curanderos o médicos tradicionales?) Cuando era pequeña sí, mi madre me llevaba, si por ejemplo tengo algún daño en la mano de algo, si vuelve... pero yo cuando... yo sola nunca. (entrevistadora: tu madre utilizaba las medicinas tradicionales...) Sí, a los hueseros si te pasa algo en los huesos, para cuando te pones mala con anginas te ponen como si fuera aceite y te dan como masaje... curanderos, curanderos mayores y sabían cosas antiguas y hierbas, y nombres de hierbas y esas cosas... (entrevistadora: Y están en la ciudad, en Chechauen?) Sí, sí (1-M35-U-CM).

Bien sea por las barreras y deficiencias del sistema público de salud marroquí, bien sea por la costumbre, la precipitación a la hora de ir al médico o al hospital no es la norma entre los marroquíes, pero la confianza en el sistema biomédico, en la medicina científico-técnica parece estar fuera de toda duda. Los relatos de las personas entrevistadas apuntan en esa dirección:

- [...] La verdad, nosotros, primero hay una características que bastantes marroquíes, la mayoría tienen esa característica, que no se precipitan para ir al hospital. Eso es algo conocido en el colectivo marroquí, que la gente cuando ya está muy mal se va al hospital. A veces intenta hacer cosas en casa, toma infusiones por ejemplo, algunas hierbas. Eso yo en mi caso, cuando era pequeño me lo hacía mi madre, pero mi padre y después mi madre aprendió eso, y cuando nosotros ya nos hemos hecho un poco grandes yo y mi hermano y todo eso, teníamos la conciencia de la importancia de la medicina moderna, de la medicina científica. Entonces claro, siempre yo aconsejaba a mi madre y a mis hermanas cuando eran pequeñas, yo y mi hermano mayor siempre aconsejábamos ir al médico (4-H34-U-CM).
- (entrevistadora: Cuando en Marruecos te sentías alguna vez enferma, lo que comentabas de que te dolía el estómago, ¿qué hacías, ibas al médico, te tomabas hierbas, qué hacías para curarte?) Ella no le gusta esto de hierbas. Se va al médico (10-M29-R-CT).

6.3.4.1. Marruecos: percepciones sobre el país de origen

La valoración general que hacen todos y todas las informantes sobre los servicios de salud en Marruecos y la atención sanitaria tiene grandes similitudes respecto a:

La percepción de que el sistema público de salud marroquí es deficitario y que si se quiere obtener asistencia rápida y de calidad hay que recurrir al sector privado.

- [...] allí en Marruecos te pueden dar cita rápido pero pagas escáner, pagas el TAC, pagas hasta lo que vas a pinchar, tienes que pagar, allí todo los medicamentos, cuando llegas... ahí una cosa: cuando te pones enferma tienes que tener el bolsillo lleno, si no lo tienes

llo ya estás muerta, te digo la verdad [...] (entrevistadora: ¿y los pobres qué hacen?) Qué hacen, pagan, y si no pagan hay ayudas, pero pocas, no hay... me refiero que por ejemplo si tú tienes dinero dices no voy a comprar ahora porque me lo van a dar, si tú dices que no tengo no van a decirte que te vamos a dejar morir, no, te lo van a dar, pero pueden darte en 24 horas, pero la gente que tiene dinero no va a esperar (1-M35-U-CM).

La precariedad de la atención y de los dispositivos de salud del sistema público marroquí. Los sobornos al personal sanitario para conseguir un mejor trato.

- [...] Normalmente no pagamos, pero cuando tú quieres, antes, ahora no lo sé, antes cuando yo fui al médico, das un poquito de dinero, cinco euros, diez euros, para una chica que matrona, por ejemplo, para tratar bien con ti, pero ahora no lo sé (3-M35-U-CT).

La falta de acceso a la atención sanitaria para los más pobres que no siempre pueden costear los copagos exigidos en el sector público (determinados servicios, exploraciones, tratamientos o intervenciones no están incluidos como prestaciones gratuitas) y los copagos encubiertos al personal sanitario.

- [...] Hombre, claro, si tú te vas por ejemplo, solamente para entrar en urgencias tienes que pagar 8 euros, para entrar, solamente a urgencias. Dicen de la tasa (entrevistadora: ¿El sistema público de salud no es gratuito?) No (entrevistadora: Y luego, ¿los médicos y las enfermeras, también los tienes que pagar?) Hombre claro, un médico por ejemplo si te da hacer un ecografía tienes también que pagar una tasa, vale 5 euros, vale 10, vale 20, depende del. Problema que tienes tú (entrevistadora: Y si la gente no tiene dinero para pagar eso qué hace ¿no va al médico, o va a médicos tradicionales, o...?) Es que eso es gente que va al ayuntamiento y se hacen un... cómo se hace esto... Una cartilla para la gente que son muy pobres. Con esta cartilla se van... (entrevistadora: Si tuvieras que comparar entre los servicios de salud, el sistema sanitario de Marruecos y el de aquí de España, cuál crees que...?) ¿Cuál mejor? El de aquí (6-M28-U-CM).

La existencia de grandes diferencias entre la atención sanitaria y los dispositivos de salud en contextos rurales y urbanos es la norma.

- (entrevistadora: ¿tú allí recurrías más al sistema público de salud o a la medicina privada?) No, por supuesto, yo iba al sistema público. Yo no era una persona con poder. (entrevistadora: ¿La medicina privada es cara en Marruecos?) Sí, bastante cara, como en todo el mundo (entrevistadora: ¿y en el campo, la sanidad pública llega también a las zonas...?) Depende, hay zonas que sí, hay zonas que lo tienen muy difícil, no está... en el campo está muy mal (entrevistadora: ¿y la gente del campo recurre entonces más a los tratamientos tradicionales?) Por supuesto, claro. Si ve que el hospital lo tiene a ochenta kilómetros, por un dolor de éstos no va a ir ochenta km, se tomará el camino, se tomará lo que sea, todo lo que le den, y si hay un santero en el pueblo, va a acudir a ése, no tendrá más remedio (7-H43-U-CT).

Esta realidad es la que para algunos de los informantes condiciona que las personas y familias con menos recursos acudan en Marruecos al sector popular y folk para buscar ayuda en caso de enfermedad, y posiblemente también está detrás de la percepción general de satisfacción con el sistema sanitario español por parte de las personas entrevistadas, a pesar de las dificultades y barreras idiomáticas y culturales.

Para otro de los informantes el sistema de salud en marroquí es *nefasto* no porque haya malos profesionales, sino porque el Estado no invierte lo suficiente en el sector salud, incide en los copagos sanitarios y los copagos encubiertos a los profesionales y en las grandes desigualdades en las prestaciones y el acceso a la asistencia sanitaria entre contextos rurales y urbanos,

- (Entrevistadora: ¿qué me puedes decir del sistema de salud de Marruecos?) Nefasto. No por nada, pero creo que no se está invirtiendo en Sanidad, ahí los profesionales son muy buenos, pero pasa que no tienen herramientas para trabajar, además de que igual que pasa aquí, el recurso es reducido y la gente que acude, para comparar, no puede, no puede dar abasto con la gente que acude. Y tampoco disponen de material para trabajar. Y es problemático, y no sabes, se supone que es gratis, pero no sabes cuánto es gratis y cuando hay que pagar, y cómo es que es gratis, porque es gratis, sí, pero después si tienes que operarte, tengo una receta para que vayas, te digo, en un hospital público [...] Sí, pero de cualquier ciudad, el hospital público, no una clínica, y se supone que es gratis pero después te piden que compres para coserte la herida, el alcohol, y hay que traer esto, para que te operemos mañana, ¿vale? Por eso no sé hasta qué punto es gratuito [...] eso es algo que tú le pagas al Estado y te dan un recibo y tal, y pagas no sé, unos dos o tres euros para cualquier... (entrevistadora: Aparte están los pagos a los profesionales...?) Hay pagos encubiertos (entrevistadora: ¿para qué?) Para que te traten bien, te traten mejor. Yo creo que eso de los pagos, con el tiempo se ha convertido en algo ya cultural, porque yo muchas veces he visto que a lo mejor el profesional no pedía nada, pero yo creo que somos así, o la enfermera, que viene y está haciendo su trabajo, y está tratando bien a tu padre o a tu madre y tal, le cuida, le pone bien la almohada, ponte así, te tomas esto, y de repente ves tú que un familiar o así le dice toma, y ese señor no ha pedido nada, pero... (7-H43-U-CT).

Otro de los informantes compara los sistemas de salud marroquí y español. El segmento textual que sigue quizá sintetice todos los demás relatos: sin grandes diferencias las opiniones similares se repiten hasta la saturación,

- (entrevistadora: ¿qué me podrías contar del sistema de salud en Marruecos ¿qué diferencias encuentras, si tuvieras que comparar los dos sistemas de salud marroquí y español...?) Hay mucha diferencia, es que el sistema de salud español es de los mejores en el mundo, eso está claro. Aquí la atención sanitaria es de los mejores que existen en el mundo, la asistencia es muy buena, pero claro, la diferencia entre Marruecos y España es que aquí eso de la cobertura social, que cualquiera puede tener la asistencia sanitaria, en Marruecos eso no es. A través de la seguridad social, por ejemplo, en Marruecos sólo los funcionarios, sobre todo del Estado pueden tener esa asistencia gratuita, que normalmente no es gratuita cien por cien, porque más o menos te quitan el 30%, pagas el 30%. Porque claro, después de la receta de un médico te vas al farmacéutico, que eres un funcionario, pagas y después te devuelven la Mutua a que pertenece el sector de tu trabajo te devuelve el 70%. O sea que pagas el 30%, los funcionarios. Y la gente que no tiene cotización en la seguridad social no puede tener esa... en algunas cosas normales, curar heridas y todo eso sí, puedes tener eso gratuitamente, pero claro, cuando se trata de un diagnóstico, analíticas y todo eso hay que pagar. La gente pobre a veces algunos se van a la alcaldía y tienen un certificado como que tienen pocas posibilidades, entonces les hacen las analíticas más baratas, no les hacen gratuitamente, por ejemplo les cobran el 30% (entrevistadora: Pero entonces mucha gente no irá al médico, si hay que pagar...) Eso es un factor que empuja a la gente a ir a otros... por la limitación de las posibilidades materiales, la gente no tiene dinero y prefiere ir a los curanderos o a los que venden

hierbas, les sale la cosa más barata porque no toda la gente tiene la posibilidad para ir al hospital (entrevistadora: ¿y en las ciudades tampoco?) Y tienes que saber otra cosa, que tampoco la atención sanitaria pública es muy buena, porque la gente que tiene posibilidades prefiere ir a la privada porque ahí te atienden mejor, te hacen buenas analíticas, te reciben mejor y todo eso (entrevistadora: El trato es mejor...) Por pagar, claro. Y el sector público es fatal en Marruecos, porque hay mucha corrupción, el personal no cobra bien, por eso... (entrevistadora: ¿Se les paga a los médicos, a los enfermeros, cuando tú vas a un hospital también les tienes que pagar algo al personal o no pagas nada al personal sanitario?) En principio no tienes que pagarle nada, pero corrupción sí que hay, sólo por tratar bien a un enfermo una enfermera o un enfermero puede tener... a veces pueden ser regalos, pero a veces es corrupción, dinero. Es que la mayoría de ellos exigen a los enfermos (entrevistadora: Que paguen algo de dinero....) Claro (8-H40-U-CM).

Los relatos nos han mostrado una realidad que parece ser coincidente para las personas entrevistadas independientemente de su posición social: las deficiencias en el sistema público de salud marroquí parecen ser evidentes para todas ellas, así como los problemas graves de accesibilidad y copagos que se configuran como barreras importantes para el acceso a la atención sanitaria y a la salud para muchas personas en Marruecos. El sector privado de la salud marroquí no cubre las necesidades de salud de la mayoría de la población. En el apartado siguiente vamos a analizar las percepciones de los y las inmigrantes marroquíes respecto a la atención sanitaria en destino.

6.3.4.2. Comunidad Valenciana: percepciones sobre el país de acogida

¿Cómo perciben los inmigrantes marroquíes en Castellón la atención sanitaria que reciben y su acceso a los dispositivos asistenciales de la sanidad pública valenciana?

Los datos de las entrevistas se han organizado para su análisis en tres apartados:

- Valoración general de la sanidad pública española.*
- Calidad percibida de la atención sanitaria desde su perspectiva cultural: género, el pañuelo islámico y el vestido en las mujeres, prácticas religiosas, alimentación, comunicación lingüística y cultural.*
- Percepción general de discriminación/buen trato recibido en su atención sanitaria. Barreras comunicativas*

En un estudio demoscópico del Ministerio de Trabajo e Inmigración coincidente con el periodo de realización de las entrevistas, se pone de relieve que el 81 % de los integrantes de la comunidad musulmana inmigrante en España considera que el sistema de sanidad pública es de calidad y está abierto a todos por igual, y el 83% dice que todo

el mundo es atendido en los hospitales públicos del mismo modo (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009: 27-29). Estos datos referidos a la comunidad musulmana en España son acordes con las percepciones de las y los informantes marroquíes entrevistados en Castellón de la Plana y Vila-real, no siendo significativas en este punto las diferencias en sus percepciones según género, edad y nivel de estudios.

Valoración general de la sanidad pública española.

En todas las entrevistas encontramos un tema recurrente: los inmigrantes marroquíes comparan los sistemas de salud de ambos países y aunque sus apreciaciones respecto al sistema de salud marroquí no siempre son coincidentes, sin embargo coinciden en valorar positivamente las prestaciones del sistema sanitario público español que ellos conocen desde su experiencia asistencial en Castellón,

- [...] ¿lo que más me gusta? Sí que hay muchas cosas me gusta más, aquí: me gusta salud de aquí... digo yo el sistema del médico de aquí [...] eso, el sistema de salud de aquí, no es igual como Marruecos (6-M28-U-CM).

(Entrevista traducida)

- gracias a Dios tiene un nivel mediano (en Marruecos) que está bien, pero no llega al nivel de aquí, de Europa, que es muy diferente (2-H30-U-CM).

En consonancia con el auge en los últimos años de la sanidad privada marroquí, al alcance sólo de aquellos que pueden pagar sus costes, los y las inmigrantes marroquíes entrevistados explican que en Marruecos prefieren recurrir a los servicios de la sanidad privada a la que acceden con más facilidad si disponen de dinero, y en la que se sienten mejor tratados. Esto no ocurre en Castellón donde el acceso a los dispositivos públicos asistenciales es fácil, siendo ésta una de las causas de su satisfacción, junto con la gratuidad de muchas de las prestaciones de salud,

- [...] aquí mejor. No tiene nada que ver, esa es la verdad, no tiene nada que ver. Si se pone tu hijo enfermo le llevas al médico [...] por ejemplo cuando ha nacido mi hijo si se pone enfermo nunca le he llevado al hospital público (en Marruecos), siempre le llevo a la clínica [...] tengo o no tengo dinero, siempre le llevo a la clínica. Tenías que tener dinero (1-M35-U-CM).
- [...] le operaron porque tenían que operarle de urgencias y después de la operación, una semana más tarde, cuando ya estaba bien, vino el doctor a preguntarle cómo iba el tema de los papeles, pero no tenía papeles así que no pagó nada. Le atendieron (5-H34-U-CT).

Consideran también que tienen los mismos derechos que los españoles a la hora de acceder a la atención sanitaria en el sistema público de salud,

- [...] veo que es fácil, veo que tenemos el mismo derecho que cualquier español (5-H34-U-CT).

(Entrevista traducida)

- [...] si te duele la cabeza puedes ir al médico, si te pasa algo en el ojo vas al médico, no es como allí, a lo mejor te dan cualquier cosa en la casa y ya... la gente allí (en Marruecos) no se anima mucho a ir (al médico) [...] aquí es fácil porque cada uno tiene su médico de cabecera, su tarjeta (2-H30-U-CM).

Así mismo, valoran muy positivamente no tener que hacer pagos informales a médicos y enfermeras, así como el acceso fácil a medicamentos y a pruebas diagnósticas,

- [...] no es como aquí, por ejemplo, el medicamento si tienes que pagar, no te entra dentro... lo tienes que pagar todo, no, la facilidad de médico aquí está mejor [...] No, allí no es como aquí, aquí tienes que firmar, coges cita, entras, toda la gente ricas y pobres, entras y te verán bien, si te hace rayos te pasa rayos (rayos X), si te hace escáner te pasa escáner, si TAC, TAC, ¿entiendes? No hay problema. Allí no, es muy diferente... tenías que tener dinero (1-M35-U-CM).

Los inmigrantes marroquíes entrevistados no cuestionan el modelo de salud biomédico, hegemónico en Marruecos y en España, con el que están ya familiarizados. No hay grandes cambios tras su emigración: su primer nivel de atención está en el sector popular, normalmente en el ámbito doméstico, antes de buscar la ayuda de los profesionales biomédicos. En sus estrategias y procesos de autocuidado utilizan de manera complementaria remedios tradicionales/ populares y biomédicos. Sin embargo parece evidente a la luz de sus relatos que en el contexto de acogida el acceso a algunos remedios populares y tradicionales asequibles en Marruecos no es posible: las terapias tradicionales, a sus especialistas, espacios y técnicas, en caso de ser demandados, deben buscarse en el contexto de origen.

Calidad percibida en la atención sanitaria desde la perspectiva cultural.

El concepto de salud intercultural hace referencia a todas aquellas «acciones y políticas que se dirigen a conocer e incorporar la cultura de las personas en el proceso de atención a la salud (Alarcón, 2003: 1061) con el objetivo de que las diferentes variables identitarias, étnico-culturales o nacionales no supongan barreras que dificulten el acceso a los cuidados de salud. Más allá de la valoración positiva que las personas entrevistadas hacen del sistema sanitario español, es precisamente en lo referente a sus demandas de salud de índole cultural y religiosa donde se van a observar mayores dificultades, menor percepción de satisfacción y dónde las dificultades se manifiestan más abiertamente. Nos adentramos pues en el núcleo de la salud intercultural, en su conflictividad y en sus estrategias de negociación. La comunicación interlingüística e intercultural y la competencia cultural en el ámbito de la salud.

Las demandas relativas a cuestiones de género son las que más quejas suscitan: las mujeres en general preferirían ser atendidas por mujeres, pero también son los hombres los que prefieren ser atendidos por otros hombres y que sus mujeres sean atendidas por personal sanitario femenino cuando van al hospital o a los centros de salud, aunque en general son pocos los que adoptan posturas exigentes al respecto: les gustaría que así fuera, pero entienden que esta es una demanda difícil de cumplir en los hospitales y centros de salud de Castellón y Vila-real, porque no es entendida por los trabajadores sanitarios. Sin embargo, el fin último, ser atendidos/as relega esta demanda cultural de salud en muchos casos.

(Entrevista traducida)

- [...] dice que lo más importante que él ve es que las mujeres tienen que ser atendidas por mujeres, sobre todo enfatiza lo del parto. Sobre todo lo que cambiaría o lo que le gustaría ver es eso: una mujer tienen que ser atendida por una mujer, en caso de que no pues... pero para él sí que sería eso (2-H30-U-CM).
- [...] es que el tema de enfermedades de mujeres, nosotros tenemos una cultura, que hay partes del cuerpo que no deben verlas personas extranjeros, sobre todo hombres [...] en este asunto aquí no se respeta. Aunque seas extranjero para ellos (para el personal sanitario) todo es igual, aunque llegue una chica musulmana, si hay un médico no van a buscar una médica especialmente para ella. No se dan cuenta que es importante para los musulmanes [...] si, si por ejemplo yo me ha pasado problemas con los testículos y me fui... y si hubiera encontrado una médica yo voy a cambiarme: sí, me hubiera cambiado... (5-H34-U-CT).

En ocasiones, estas demandas llegan a interferir con los protocolos asistenciales de los hospitales y ocasionan confrontaciones con el personal sanitario, pero esto no es lo habitual,

- [...] el emigrante cuando llega aquí llega con su mochila cargada de cultura y eso se nota por ejemplo en el tema del parto, hay mujeres que no quieren que sea.... [...] si hay hombres que no quieren, que dicen que no, que si no es mujer...y uno tuvo un enfrentamiento porque él no quería y la mujer tenían que operarla, o no sé, o sea que a la fuerza la tenía que atender una mujer y tuvieron que llamar (en el hospital) a la guardia o algo así (4-H34-U-CM).

Uno de los informantes cree que es la falta de lo que podríamos denominar *empatía cultural* por ambas partes (inmigrantes musulmanes-personal sanitario) lo que dificulta el diálogo. La *negociación cultural* implica “*abrir espacios de encuentro*” (4-H34-U-CM) para el entendimiento y la buena gestión de la conflictividad que acompaña a los contactos interculturales y es imprescindible para la convivencia intercultural en salud.

- (entrevistadora: ¿cómo crees que podría negociarse una situación así?)²⁴³ yo creo que es negociable, porque el emigrante viene con ideas cerradas y también el doctor a lo mejor a veces lo ve que éste no respeta lo que hay aquí y tú estás aquí y tienes que respetar aquí y entonces no intenta entender al otro o dialogar con él hacerle entender lo que hay aquí, porque el otro vienen de una cultura muy diferente y ahí tiene esa perspectiva de que no, a la mujer la tiene que atender una mujer y aquí hay que explicarle esto, que aquí no es así y a lo mejor en un hospital no puedes encontrar mujer, es un hombre y no va a pasar nada (4-H34-U-CM).

Los posicionamientos de los propios inmigrantes no son homogéneos. Curiosamente las mujeres entrevistadas no han hecho mención expresa a este asunto, mostrando sólo preocupación por las restricciones en la vestimenta y en la utilización del velo islámico en el interior de los hospitales: el vestido afecta a su autoimagen corporal y no siempre se sienten cómodas cuando, compartiendo la habitación del hospital con otras mujeres no musulmanas y con sus acompañantes, deben permanecer con la cabeza descubierta, o vestidas sólo con el camisón, delante de otros hombres ajenos a la familia. A veces se les permite llevar el pañuelo en las habitaciones de las unidades de hospitalización, pero ellas perciben que esa tolerancia es discriminatoria y no está reconocida: se sienten observadas, diferentes, incómodas cuando son obligadas a quitarse el pañuelo y también cuando lo mantienen.

- [...] es problema el pañuelo. Mi amiga y yo no pasa, para mí no pasa, porque yo quito el pañuelo, y mi amiga, pero una chica un poquito mal de parte del personal [...] hay personas que quitan , pero hay personas que no lo quiere el marido de ellas o ellas mismas no quieren... si hay gente que no se puede quitar el pañuelo, si entran hombres porque no estás sola en la habitación, y si entran... no se puede... hay gente no se puede... y no les dicen (personal enfermería) quita el pañuelo, pero la tratan un poquito... (3-M35-U-CT).

Desde su posición de mujeres musulmanas e inmigrantes y además como pacientes/enfermas/usuarios, encuentran explicaciones adaptativas a la norma hospitalaria -no siempre escrita- de quitarse el pañuelo cuando se ingresa en el hospital; una de las entrevistadas justifica incluso la necesidad de quitarse el pañuelo por razones de asepsia hospitalaria que aconsejarían no vestir ropas personales cuando se está hospitalizada

- [...] mi hermana, este año ahora cuando ella ha ido al hospital, ella está con pañuelo, pero es que en el hospital como lleva ropa del hospital, ella se ha puesto el pañuelo y le han dicho que ella tiene que quitarlo y se ha quedado sin pañuelo dentro del hospital y ha salido y se ha puesto su ropa y su pañuelo[...] eso es normal, para mí eso es normal,

²⁴³ Referida al segmento textual anterior

porque ser enfermedades, la ropa de ...eso, pues no entrar la ropa de la gente es mejor (6-M28-U-CM).

La interpretación de la realidad cotidiana de las mujeres musulmanas desde las intersecciones entre Islam y sexualidad está muy extendida y acaba consolidando un discurso jerarquizador de los sexos y de los géneros que explica no sólo las identidades sino también el reparto espacial diferenciado de los sexos en el Islam (Aixelá, 2000: 99-101). No podemos negar el peso de la cultura islámica en la construcción del género que incluye conceptos muy arraigados sobre la pureza, el honor o la virginidad en las mujeres, así como sobre la separación espacial de los universos masculino y femenino. Pero esta perspectiva, siendo cierta, no muestra la heterogeneidad de posiciones respecto al género, a los roles de género y a la separación de espacios sociales en función del género, dentro de las sociedades islámicas y por lo tanto también dentro del *Islam inmigrado*, ni la *agency* real de las mujeres musulmanas que escapa, transgrede y reinventa muchas veces, y de mil maneras diferentes, el modelo de dependencia con el que estamos tan acostumbrados a mirarlas y juzgarlas en el mundo occidental.

Es preciso plantearse la posición de subalternidad desde la que la mujer inmigrante musulmana marroquí accede al sistema hospitalario porque quizá esto explique también las dificultades que muchas de ellas encuentran en sus interacciones cotidianas en otros ámbitos de la sociedad de acogida.

La forma de vestirse y cubrirse el cuerpo de muchas mujeres musulmanas, muy unida a su sentido cultural del pudor, las hace más visibles en las sociedades no musulmanas occidentales, no suele ser entendida por el personal sanitario que las atiende en los hospitales y centros de salud, que lo perciben, dentro de su visión estereotipada del Islam, como un componente obvio de la situación de sumisión de la mujer musulmana en su conjunto.²⁴⁴

En cuanto a las prácticas religiosas musulmanas dentro de los hospitales, los inmigrantes entrevistados coinciden en sus apreciaciones: saben que en los hospitales de la ciudad no tienen espacio reservado para la oración, ni se sienten cómodos rezando en las habitaciones que comparten con otros enfermos y familiares no musulmanes. El

²⁴⁴ Esta percepción por parte del personal sanitario pudo ser evidenciada a lo largo del periodo de trabajo de campo, a través de entrevistas informales realizadas a enfermeras y enfermeros del Hospital General de Castellón para un ensayo sobre la atención sanitaria de la población inmigrante marroquí en Castellón.

Islam es una religión comprensiva con las situaciones de excepcionalidad que se pueden dar en la vida de los creyentes, así que si no pueden orar en el hospital lo harán cuando regresen a sus casas y no plantearán demandas por este motivo.

Les gustaría tener algún lugar para cumplir las oraciones -cinco veces al día- preceptivas para los musulmanes practicantes, y no es mucho el espacio que necesitan para ello: “*normalmente sólo hacemos (necesitamos) un sitio pequeño, de un metro por un metro...*” (3-M35-U-CT). Sin embargo, no hay un espacio de culto en el Hospital General Universitario de Castellón donde puedan orar las personas no católicas. El único espacio para el culto es una capilla católica. Además aunque no refieren una prohibición expresa para el rezo en las habitaciones por las ordenanzas hospitalarias, parece que de hecho no se admite esta práctica religiosa.

- (entrevistadora: ¿qué mejorarías de la atención sanitaria de aquí?, ¿Qué cosas te parecen mejor y qué cosas te parecen mal cuando vas al hospital?) Para mí pasó todo bien, una cosa ahora no lo dejan, cuando un chico queda con mujer no se puede dejar en todo día, por la tarde tiene trabajo, va a rezar y no le dejan... (entrevistadora: ¿No le dejan rezar en el hospital?) Antes sí, coger una esquina, ahora no... (entrevistadora: ¿En el hospital de aquí de Castellón?) Sí, no le dejan (entrevistadora: ¿A la mujer o a él?) No la mujer no se puede cuando ella tenía regla no se puede, cuando nosotras tenemos regla no se puede rezar... (entrevistadora: un hombre que está cuidando a su mujer en el hospital...) Sí, no tiene tiempo para volver a casa, por ejemplo no tiene familia, y por la tarde va a trabajar, queda por la tarde para rezar (entrevistadora: No le dejan...) No, si quiere rezar va a su casa (entrevistadora: ¿Ah sí?) No hay sitio [...] No dejan dentro (3-M35-U-CT).

Saben que pueden solicitar la asistencia espiritual de un imam si así lo desean, o en caso de fallecimiento de algún familiar pueden solicitar hacer los rituales preceptivos, (lavado del cuerpo por un familiar o persona del mismo sexo de la persona fallecida, colocación del cuerpo del fallecido con la cabeza en dirección a la Meca, etc.), pero poder cumplir con estos rituales siempre dependerá de la empatía y los criterios del personal sanitario de turno. Ellos saben que en los hospitales hay siempre una capilla para que recen los cristianos y les gustaría también tener un espacio similar y, sobre todo, el mismo reconocimiento de sus derechos religiosos. No sentirse diferentes.

- [...] para mí no está mal que se abra un espacio de rezo en un hospital o algo así, para qué... o en las habitaciones..., pero para mí todo lo que es así que ahí puede sentirse uno como en casa, que no es diferente,... será bueno (4-H34-U-CM).

Pero al mismo tiempo saben y sienten que están en otro país y en otra cultura y saben también que sus demandas siempre se hacen desde su posición de minoría cultural y religiosa.

- [...] para mi pasó todo bien, pero ahora no lo dejan, cuando un chico queda con su mujer que no se puede dejar en todo el día, por la tarde tiene trabajo va a rezar y no le dejan. Antes sí, coger una esquina (para rezar en la habitación del hospital), ahora no. No le dejan. Si quiere rezar se va a su casa. No hay sitio (en el hospital) (3-M35-U-CT).

En cuanto a la alimentación todos coinciden en afirmar que este apartado cultural se respeta en los hospitales, donde los y las pacientes pueden elegir dietas exentas de cerdo u otras carnes *harâm* -prohibidas- en el Islam por no haber sido sacrificados los animales según los rituales que los hagan *hal-lâl* -permitidos- para el consuno humano, es decir debidamente exanguinados siguiendo el ritual preceptivo en el Corán.

- [...] te dan un papel (para elegir la dieta según la carta del hospital y las prescripciones médicas), pero hay gente que no sabe porque no te ponen carne de comer... cuando tú no puedes comer carne sin *hal-lâl* o esas cosas te dan yogur, pescado, verduras, pero si tú no tienes familia aquí (que te traiga alimentos *hal-lâl* al hospital)- o no tienes dinero para comprar fuera, se puede comer la carne *harâm*, pero el cerdo no (3-M35-U-CT).

Aunque está expresamente prohibido introducir y dar a los enfermos comida que no sea la prescrita dentro del tratamiento médico, parece que la forma de adecuar la dieta a las necesidades culturales es precisamente traer comida desde el domicilio, sin que esta práctica -habitual en Marruecos- se entienda por los inmigrantes marroquíes como una trasgresión de las normas hospitalarias: es una simple adecuación a sus necesidades y a su tradición.

- [...] es que yo nunca me ha pasado, pero personas que estaban en los médicos (hospitalizadas) cuando fui a visitarlos creo que los respetan en esos temas, pero vamos a decir que la mayoría con el tema de la comida, traen comida nuestra, que no es un problema, la comida que se puede traer de la casa (5-H34-U-CT).

La costumbre religioso-cultural de visitar a las personas enfermas y honrarles con regalos culinarios, es decir, llevarles comida, no es entendido por el personal sanitario en España, ni reconocido y aceptado por las ordenanzas hospitalarias. Si además tenemos en cuenta que en Marruecos, llevar comida a los hospitales supone también ayudar al enfermo y a la familia a abaratar los costes de la enfermedad, el desencuentro cultural en este tema está servido.

Percepción de discriminación/buen trato recibido en el transcurso de la atención sanitaria.

Todos y todas las personas entrevistadas están en posesión en el momento de la entrevista de la tarjeta sanitaria (SIP) que les permite acceder a la atención a salud en las

mismas condiciones que cualquier otra persona española. Esto es valorado por todos y todas las personas entrevistadas que sienten que no hay discriminación en este sentido,

- (entrevistadora: ¿Tú crees que tienes los mismos derechos que cualquier persona española para acceder a la atención sanitaria?) Sí (entrevistadora: Sientes que tienes los mismos derechos. No te sientes discriminado...) No. Yo en mi caso nunca tuve esto, pero sí que he visto a veces a algunos paisanos míos, antes de hacer la formación esa, acompañaba muchas veces, porque yo ya hacía la mediación natural, y a veces hay algunos profesionales que no reciben bien a los inmigrantes, o a lo mejor tienen prejuicios y todo eso, pero son minoría, lo que he visto son minoría. En general aquí los inmigrantes tienen el mismo derecho que los autóctonos a la atención sanitaria. Siempre pueden haber casos raros, pero pocos, muy pocos (8-H40-U-CM).

Los y las inmigrantes de la muestra no parecen tener grandes quejas respecto al trato recibido en los hospitales y centros de salud. Todos han percibido el racismo cultural en alguna ocasión desde que están en Castellón, pero ninguna persona entrevistada admite haberlo padecido personalmente en sus interacciones en el ámbito de la atención sanitaria hospitalaria:

- (entrevistadora: ¿Te has sentido bien tratada, bien atendida en el hospital o el centro de salud aquí en España?) Sí, siempre (entrevistadora: Te han tratado bien, te has sentido bien tratada. ¿tú crees que aquí se reconocen y se respetan tus costumbres? Antes me decías que a veces te sientes mal porque la gente te discrimina, por ser de Marruecos ¿eso lo has notado alguna vez en el hospital?) En el hospital no. (entrevistadora: Ese racismo que tú dices que has notado en la calle a veces...) En la calle, en el trabajo... (entrevistadora: ¿En el hospital lo has notado alguna vez?) No, de momento nunca lo he notado. Me parece el hospital que no se puede hacer eso, dentro del hospital, por ejemplo una persona es racista pero dentro de su trabajo no puede hacer con los enfermos, las personas... [...] (entrevistadora: Si tuvieras que ponerle un número al grado de satisfacción de esos contactos con el médico, con las enfermeras, de 0 a 5 qué le pondrías?) Muy bien, muy bien (6-M28-U-CM).
- [...] un amigo que había conocido aquí me decía que una vez tenía un problema en la garganta, el no tenía papeles, no tenía nada, fue al hospital, no le dejaron salir, le trataron bien, nadie le preguntó por los papeles ni por nada (4-H34-U-CM).
- [...] a mí me han dicho que el médico que tengo es muy racista, me han dicho y no quiere a ningún extranjero... eso no lo he visto yo, no, yo entro y va rápido porque no te encuentra nada, y bueno, hay veces que la gente que tienen mala cara, espera un poco, pero eso lo hacen con todos, a ver si me entiendes, si hay enfermeras que tienen mala cara lo hacen con todos... (1-M35-U-CM).
- (entrevistadora: ¿Has notado alguna vez, el ámbito sanitario y fuera del ámbito sanitario, racismo o xenofobia hacia ti?) No creo, sólo una vez que me, a lo mejor yo estaba equivocado, yo no estaba trabajando, estaba buscando trabajo y me fui a una ETT o dos, entonces las dos chicas siempre me preguntaban lo mismo e insistían, si tengo la nacionalidad española o no. Yo sentía como si ellos tenían órdenes de dar la prioridad a la gente española y yo creo que estaba seguro que eso es una realidad, dar más... aunque en aquella época no había crisis ni había nada, en 2002 o 2003. (entrevistadora: ¿Y en el ámbito sanitario?) En el ámbito sanitario no, en mi caso no, pero en el caso de otros que he acompañado sí, algunos sí, pero en mi caso nunca (8-H40-U-CM).

Alguno de los informantes resalta que el trato que reciben aquí es mejor que en Marruecos, donde los pagos encubiertos al personal sanitario se relacionan con el mejor o peor trato recibido en el curso de la asistencia,

(Entrevista traducida)

- [...] se nota aquí la diferencia, porque la gente de aquí trata muy bien a los enfermos, hasta que no le dan el alta, si no saben que está bien, que si está curado, eso allí no ocurre..., si, que se nota la diferencia... (2-H30-U-CM).

Otro informante, que tuvo que llevar a su hijo pequeño al hospital de la ciudad por un problema urgente (una quemadura), cuenta que “*les trataron con mucha urgencia, les trataron ‘superbien’ y les dijeron todo lo que tenían que hacer*” (2-H30-U-CM, entrevista traducida).

Otro resalta las ventajas de la cita previa en las consultas ambulatorias y el buen trato recibido de su médico,

- [...] sí, sí que me siento bien atendido. Bueno, cojo mi cita, me voy a mi tiempo, me llaman por el orden, entro, el médico me habla bien, entonces.... no, no tengo problemas (5-H34-U-CT).

En general todos los informantes ven positivo y aprecian lo que ellos entienden como un sistema sanitario ordenado y bien regulado en el que todos parecen tener las mismas posibilidades de ser atendidos en sus necesidades biofísicas de salud.

- [...] no, no en el hospital es lo que te digo yo, en el hospital no hay ningún problema. Somos igual (6-M28-U-CM).
- [...] yo me siento bien tratada (por el personal sanitario), si siempre me han respetado...(1-M35-U-CM).

Pero en ocasiones algunos de ellos sienten que son discriminados, como un hombre marroquí, amigo de una informante, que se puso *con nervio* porque no atendían las necesidades de higiene de su mujer que había tenido un hijo; en esos casos suelen sentir que es el racismo cultural de los sanitarios el origen del trato diferencial y discriminatorio que perciben

- [...] yo he visto a una chica, esta es mi amiga, cuando llegamos cerca de la habitación nosotros escuchamos al marido de mi amiga gritar y decir: ¡racistas, racistas!. No dijo ninguna palabra mal... pero estaba con nervio (3-M35-U-CT).

La barrera del idioma, el desconocimiento del español, es otra de las dificultades que los y las marroquíes en Castellón deben enfrentar en los primeros tiempos de su proceso migratorio. Todas las personas entrevistadas hablan árabe, lo que les permite

además comunicarse con otros inmigrantes de países árabes, aunque el árabe que hablan es el dialectal marroquí. El francés es la otra lengua que hablan, con mayor o menor fluidez, seis de las diez personas de la muestra. Uno de ellos no habla español y los restantes lo hablan con diferentes niveles de dificultad en relación con el tiempo de residencia en España y a sus estudios previos. En el caso de las mujeres su proceso de aprendizaje del español está directamente relacionado con el acceso o no al mundo laboral y con la permanencia en el hogar al cuidado de la familia, situación muy frecuente entre las mujeres marroquíes en Castellón. Además, como Raga explica,

[...] entre las mujeres marroquíes funciona el intercambio de información boca a boca, pero casi exclusivamente centrado en aspectos relacionados con los diferentes tipos de ayudas económicas oficiales asociadas a los nuevos nacimientos. Este aislamiento social hace que muchas de estas mujeres no presten especial interés por el aprendizaje del castellano, dependiendo para su comunicación en gran medida de sus maridos. Esta falta de empoderamiento es destacada por los mediadores interculturales, que relatan casos en los que mujeres marroquíes, con graves problemas de comunicación con el personal sanitario, son muy poco receptivas a los consejos que los propios mediadores interculturales les dan acerca de la necesidad de aprender el castellano. Como consecuencia de lo anteriormente comentado es habitual que las mujeres marroquíes acudan a las consultas de obstetricia acompañadas por sus maridos u otros familiares, que ejercen de intérpretes (aunque en muchos casos tampoco tengan el nivel lingüístico adecuado). Este hecho es percibido por gran parte del personal sanitario más como un problema que como una solución, ya que la interlocución del marido condiciona la interacción y puede agravar los problemas de comunicación intercultural que en gran medida afectan a cuestiones de género, a las relaciones sociales entre hombres y mujeres (Raga, 2013: 9).²⁴⁵

En cualquier caso, las dificultades en la comunicación lingüística no facilitan el establecimiento de vínculos con la sociedad de acogida. La barrera lingüística es una realidad manifestada por todos y todas las personas entrevistadas y una dificultad añadida a la hora de acceder a los servicios de salud. Los inmigrantes varones marroquíes de la muestra, menos uno de ellos que no sabe español pero lo entiende, tienen una *competencia lingüística* que les permite comunicarse en mayor o menor medida, por lo que en el momento de la entrevista no cuentan que el idioma suponga un

²⁴⁵ Las trabas comunicativas de tipo lingüístico y cultural se observan de manera especial entre las mujeres inmigradas marroquíes en Castellón. Para profundizar en esta problemática, que tiene un claro perfil de género, interesa revisar el estudio de Francisco Raga (2013: 5-17) sobre la “*Comunicación interlingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí*”, realizado en Castellón.

problema grave a la hora de acceder a los dispositivos de salud. Esto no invalida la premisa de la traducción lingüística como barrera para su integración en la nueva sociedad, y menos aún en el caso de las mujeres en las que la competencia comunicativa es manifiestamente menor que la de los hombres entrevistados.

En general, como ya se ha apuntado, su vinculación social es débil, fuera del ámbito laboral tienen pocos amigos autóctonos, y se relacionan sobre todo con otras personas marroquíes/magrebíes/musulmanas con las que contactan y crean lazos de amistad y solidaridad a través de los Centros Culturales Islámicos: las mezquitas actúan como centros y ejes de la solidaridad intracomunitaria que abarca muchos campos de ayuda mutua, inclusive los servicios de traducción lingüística informal en hospitales, y acompañamiento de enfermos o familiares en situaciones de necesidad,

(Entrevista traducida)

- (traductor: no hay problema, y si son cosas graves hay personas que se presentan voluntarios para estar ahí, para poder, o sea que no es un problema.) Si, si los amigos se ofrecen a ir [...] no existen traductores, especialmente traductores para el árabe... pensaba que no existen, pero si hay que sea para bien. Nunca los he visto. Ayer por ejemplo una persona fue a la mezquita y me ha dicho: mira si puedes ir mañana conmigo (2-H30-U-CM).

En los hospitales de Castellón y provincia existe la posibilidad de contar con traductores de árabe través de la Agencia de Mediación para la Integración y la Convivencia Social (AMICS), que proporciona un servicio de mediadores interculturales-intérpretes, pero sólo en jornada laboral de mañanas. También se cuenta con un servicio telefónico de traducción las 24 horas que permite la traducción simultánea a tres bandas: paciente/familiar-personal sanitario-traductor. Pero, según las entrevistas informales realizadas a personal sanitario del Hospital General Universitario de Castellón, todos y todas coinciden en que es un recurso poco utilizado.²⁴⁶

De cualquier forma los principales problemas no vienen tanto por las barreras lingüísticas como por las culturales. La interculturalidad en salud y la competencia

²⁴⁶ Esta realidad se corresponde al momento de realizar el trabajo de campo. En estos momentos de redacción de la tesis, otoño de 2014, y con motivo de los recortes derivados de la crisis económica, según he podido averiguar, se ha suprimido el servicio de mediación intercultural, no hay servicio de traductores/mediadores interculturales y tampoco se mantiene ya el servicio de traducción simultánea en el Hospital General Universitario de Castellón. Las consecuencias en términos de deterioro de la comunicación intercultural y de la atención sanitaria a la población inmigrante no se están monitorizando.

cultural en los cuidados pasan por que el personal sanitario pueda adquirir habilidades antropológicas para el cuidado. Este informante explica con claridad esta realidad,

- [...] Sí, sobre todo son barreras lingüísticas y culturales, porque a veces como yo lo dije claro muchas veces, que no se trata siempre de la barrera lingüística, porque claro, la falta de comunicación no viene siempre de lo lingüístico, sino de lo cultural. A veces la concepción que tiene el personal o el profesional sobre el enfermo por su pertenencia, o al revés, la concepción que tiene el enfermo sobre su enfermedad, la curación y todo eso, esa diferencia que hay al nivel de los conceptos y las concepciones a veces dificulta la comunicación. Entonces algunos emigrantes se sienten mal atendidos por los profesionales, o no se sienten igual de atendidos como los autóctonos, algunos, no todos, por esa falta de comunicación de algunos profesionales yo creo que por la coexistencia de mediadores interculturales, sobre todo en el ámbito sanitario, porque esa labor es fundamental, algunos profesionales se sienten impotentes a la hora de comunicar con los usuarios, sobre todo inmigrantes que vienen de otras culturas diferentes, que tienen otras concepciones al tema de la salud...(8-H40-U-CM).

Conocer, hablar, buscar espacios de encuentro, negociar, explicar, no obligar... con estos términos define uno de los informantes lo que podrían ser las claves para la convivencia intercultural en el campo de la salud. La competencia cultural en el ámbito de la salud exige un giro ontológico desde la desconfianza a la confianza intercultural, del desconocimiento y el desinterés por otro/a diferente, al interés por conocer, exige de la palabra y la comunicación, más allá del idioma, demanda espacios de negociación y de encuentro, de entendimiento, de diálogo, entre personas que se reconocen como iguales en su humanidad, pero diferentes a la vez. Personas diferentes pero no desiguales. La convivencia intercultural en salud requiere conocimiento del otro/a diferente, es o debe ser siempre bidireccional y trasciende el interés individual por conocer al otro/a para implicar a la sociedad en su conjunto, a las asociaciones... Que no sólo las personas autóctonas sino también las inmigrantes se sientan “como en casa.”

- (entrevistadora) ¿Cómo crees que la sociedad de acogida, el sistema de salud de acogida podría favorecer que hubiera ahí una convivencia mejor?) Mi idea personal es el conocer. Yo creo que siempre la clave está en conocer. [...] Solamente a veces lo que se hace es esto: intentar obligar: esto es así y tú lo tienes que hacer así y punto, aquí no se habla. El otro también con su: no, no, yo quiero esto y esto y ya, pero yo creo que hay otras maneras de hacer las cosas, si se hace de otra manera bueno, estamos hablando: tú ves cómo está el estado de tu mujer y todo, además, lo más importante ahora no es quién atienda a tu mujer, es que tu mujer esté bien, o la mujer también porque a veces no es hombre. Eso también es otra cosa que he visto aquí, no es hombre quien decide, es la mujer, la mujer quien dice yo no, es yo lo quiero así. Mejor también hablar con la mujer y decirla pues así se hace. Yo creo que más bien así. Y esto también se puede hablar, no solamente esperar que el emigrante en este caso específicamente cuando él esté en esta situación. Estas cosas se pueden trabajar también fuera, adonde van los inmigrantes: asociaciones, cosas así, hablar de estas cosas [...] Sí, por ejemplo me encantaría alguna vez escuchar un doctor famoso de aquí de España que atienda mujeres va a dar una

conferencia en una asociación explicando cómo el parto, cómo se hace esto y que él explica a todos los inmigrantes en la asociación pues eso, que nosotros entendemos que eso pasa ahí en vuestro país, pero aquí también es lo que nosotros... y que también en vuestra religión dice que la vida del ser humano es lo más importante y que cuando hay que salvarla no importa... todo lo que era prohibido, ilícito es lícito cuando se trata de una vida humana [...] Yo creo que lo mejor sería eso, encontrar espacios de encuentro, de entendimiento, de diálogo (4-H34-U-CM).

La xenofobia en su variante islamófoba aparece reflejada en algunos relatos asociada a la atención sanitaria recibida y a la actitud de algunos profesionales, pero también es percibida como algo puntual y no habitual en el transcurso de las relaciones entre personal sanitario-paciente. La percepción general de los y las integrantes de la muestra se resume bien en este relato: se identifican problemas, pero en general existe confianza en el sistema sanitario español y en la calidad de la asistencia, y el acceso es percibido como igualitario respecto a la población española,

- (entrevistadora: ¿crees que aquí en España tienes los mismos derechos que la población española a la asistencia sanitaria?) Yo creo que sí (entrevistadora: O sea que no hay diferencia entre españoles y tú?) Yo creo que sí. Hay gente que dice que hay médicos que son racistas, que cuando ven... por ejemplo mi médico, no tiene ningún extranjero, creo que la única que tiene es chica (entrevistadora: Es una chica tú médico...) Y me han contado los españoles, gente española que estaba sentada ahí, no... que ella es racista y no le gusta trabajar con extranjeros, tiene mala leche con extranjeros. Yo puede ser al principio he dicho puede ser que la gente miente o algo, he preguntado a mi cuñada que trabaja en el mismo centro donde trabajaba esta señora, y me ha dicho lo mismo, es verdad, no es mentira de la gente, es verdad [...] Españoles me lo han dicho, sí, sí, me lo han dicho españoles [...] (entrevistadora: Estas contenta, el personal sanitario que te ha atendido) Sí, si se pone tu hijo malo o algo te vas a la Residencia, te tratan bien, corren con él a ver si tiene algo, o se me pasa a mí o a mi marido, sí me gusta, la verdad es que me gusta el Centro de Salud de aquí, de más cosas que me ha gustado [...] (entrevistadora: O sea que te has sentido bien tratada...) Claro, estás sola y te entra algún dolor, te vas y si estás de verdad que te hace falta operación o es urgente no te van a dejar ahí abandonada, seas extrajera o seas española te hacen todo lo que pueda, eso es verdad (1-M35-U-CM).

Y para que la islamofobia y cualquier forma de xenofobia y racismo no aparezcan en el transcurso de los contactos interculturales en el ámbito de la salud, además de conocer al otro/a diferente, tener interés por conocer y reconocer al otro, hace falta también que los dispositivos de salud se adecuen a la nueva realidad multicultural de la población y también a las demandas que la multiculturalidad conlleva en este ámbito. Es decir, el factor personal es importante: inmigrantes y autóctonos tienen que querer conocerse y reconocerse, pero las instituciones deben estar a la altura de las nuevas demandas de salud de la población. Y las demandas son también de índole cultural. Para mejorar la competencia cultural en el ámbito de la salud, este informante cree que es necesaria la mediación. Los y las mediadoras

interculturales, como él, establecen puentes entre los mundos de vida de los inmigrantes y la sociedad de acogida, facilitan el diálogo y la negociación y evitan confrontaciones que en nada favorecen la convivencia.

- (entrevistadora: ¿Y tú crees que la gente que nota el racismo, o que lo percibe y por eso deja de ir al médico? ¿Qué consecuencias tiene para la gente ...?) Sí, hay gente normal que puede que eso puede dificultarle de ir a los centros sanitarios, hay gente que le afecta eso, y hay gente que claro, viene y te consulta y te pide consejos, si no te gusta por ejemplo ese médico cámbialo, si el médico se porta mal tienes derecho de cambiar el médico, por ejemplo. Y hay algunos que les afecta y no van, o se van a los grandes hospitales. El origen de que algunos se van a las urgencias para no tener al mismo médico, por ejemplo, el mismo personal. Eso lo he visto una vez, sí, una vez acompañé a un chico para cambiar la tarjeta sanitaria, que él tenía una provisional que tuvo en Murcia, porque estaba trabajando en Murcia, y después le acompañé aquí, en Villareal, y la persona que estaba en la recepción le dije que él tenía la tarjeta provisional, y me dijo, vamos a verlo, tranquila que el chico tiene papeles aquí legales y todo eso, y está trabajando y cotizando a la seguridad social, lo que pasa que él no tuvo conciencia de que hay que tener la tarjeta SIP, tiene una provisional y se quedó con eso porque está mal informado, porque habla muy poco el castellano. Ella de una manera un poco, no he visto que es una buena manera, porque le gritó al él: y tú, por qué no has aprendido el castellano, que llevas un montón de años aquí. Yo le dije, perdona que hay gente que no puede aprender por circunstancias del trabajo y por el nivel que tiene, gente que es analfabeta y no puede aprender la lengua (entrevistadora: Estaba enfadada...) Claro, a lo mejor le pillamos en un mal día o es así, pero claro, hay cosas así pero yo creo que no tanto. La mayoría de lo que he visto, la mayoría del personal sanitario, los médicos son empáticos, la mayoría, hay un porcentaje y se nota, por ejemplo, de la duración de la consulta, a veces unos no... he visto y he acompañado, algunos médicos sólo te preguntan, no hacen el esfuerzo de tocarte para... (entrevistadora: ¿Pero tú crees que eso tiene algo que ver que tú seas musulmán o el paciente sea magrebí? ¿La variable religiosa o cultural es importante ahí?) Hay posibilidades, algunos sí, puede ser, a lo mejor puede ser porque la rutina del trabajo y hay poco tiempo y eso, a veces la saturación de los centros, aunque hay gente a veces en los medios de comunicación que cree que la saturación de estos recursos, sobre todo en los centros sanitarios es culpa de los inmigrantes, y eso no es verdad, lo importante es adecuar estos centros a la nueva realidad y a la nueva demanda, porque la nueva realidad es la existencia de gente de culturas diferentes, o a veces el crecimiento demográfico de la población, nada más (8-H40-U-CM).

Una vez presentados y analizados los datos sobre las creencias, discursos y prácticas relacionadas los procesos de salud-enfermedad-atención, en el apartado siguiente se presentará última de las categorías de análisis de los datos: la que concierne a los valores culturales de salud y de paz que los y las migrantes marroquíes en Castellón nos aportan a través de su experiencia de vida.

6.4. Valores y virtudes de salud y paz

Los valores se pueden definir como creencias o convicciones acerca de que algo es bueno o malo, mejor o peor que otra cosa, y tienen un origen y naturaleza social aunque sus portadores somos las personas:

[...] yo no me invento mis propios valores, sino que los encuentro en el elenco que mi cultura y mi época me ofrecen, y ello de una manera en la que los grupos de que formo parte (que por algún motivo tomo como referencia) influyen, condicionan o incluso determinan mi elección[...] A la sociología le interesa el hecho de que sean compartidos por más o menos gente, así como la evidencia de que sus modalidades y transformaciones están socialmente pautadas[...] Desde el punto de vista sociológico los valores se caracterizan por su convencionalismo o arbitrariedad: algo es valioso porque es preferido por muchos (aunque se podría discutir la existencia de universales al respecto) (Beltrán, 2004: 811-812).

Perdón y reconciliación, respeto, solidaridad, ayuda mutua y generosidad, espiritualidad y religiosidad, reflexión, empatía, meditación, tranquilidad, pensamientos positivos, bienestar y renovación física, psicológica y social, purificación (física y espiritual), encuentro, conocimiento, diálogo, todos estos términos, conceptos han surgido en algún momento de las entrevistas y pueden ser incluidos en el campo semánticos de la salud y de la paz. Hemos dejado que así sea, que las creencias o convicciones acerca de lo que es bueno, o mejor para la vida personal y social, o lo que es lo mismo, los valores, las actitudes y prácticas que sobre ellos descansan, emerjan de los diálogos compartidos, puedan ser expresados y tomen fuerza en, y a través de, los relatos.

La que en este apartado se presenta es pues una aproximación inductiva a los valores que denominamos de salud y de paz porque todos ellos sirven para alcanzar una vida buena y satisfacer necesidades humanas básicas, sirven a la salud entendida en su sentido más holístico biológico, psicológico y sociocultural y también a la paz imperfecta en tanto en cuanto expresan creencias, perfiles psicológicos y prácticas que favorecen la convivencia y la vida buena: la paz.

Beatriz Molina (2006) aborda en sus estudios las propuestas de paz en la tradición musulmana desde la perspectiva que ha dado en llamar “paz religiosa y cultural” para resaltar que religión y cultura van estrechamente unidos. Esta realidad se muestra de manera fehaciente en los relatos de todos los y las migrantes entrevistados

hasta el punto de que ha resultado difícil, sino imposible, desligar lo cultural de lo religioso, a la hora de analizar los relatos en busca de valores y virtudes de salud y paz. Tradición, *habitus* y religión forman un entramado denso en lo que a valores de salud y paz se refiere.

En los apartados anteriores nos hemos referido ya a la importancia de la ayuda mutua y la solidaridad como valores culturales, pero también de índole religiosa puesto que la ayuda, la caridad, la solidaridad son esenciales y promovidas dentro de la doctrina del Islam,

- [...] Hombre, hay una mezcla, porque el Islam también es una religión... en el Islam hay muchos mensajes de acompañar a la persona en los momentos malos, de estar, de ayudar, de dar, de perdonar, tiene que ver mucho, pero también, los valores adquiridos con el tiempo, pues como costumbre. Entonces, si yo he visto que mi madre hacía esto con la vecina, o mi padre con el vecino, yo con el vecino tengo que hacer lo mismo. Si me entero que está malo voy a visitarlo, si le hace falta medicamento voy a la farmacia y le compro el medicamento (7-H43-U-CT).

En la Tabla 16, pág. 395, se muestran las palabras, campos semánticos, locuciones y algunos segmentos textuales que nos remiten precisamente a esos valores relacionados con la paz y la salud que emanan de sus tradiciones culturales y sobre todo de la impronta de la religión en sus vidas, ya que ,

[...] el Islam es, además de un credo o doctrina religiosa, una cultura, una civilización, y un hecho social e histórico, en el que se producen unos valores y un modo de pensamiento concretos, y todo esto queda reflejado en el propio texto coránico» al que los y las migrantes hacen referencia en múltiples ocasiones como eje que guía sus vidas (Molina Rueda, 2006).

Moderación y paz, se vinculan con las tradiciones de los y las migrantes marroquíes, vinculadas a la religión en una simbiosis difícil de discriminar,

- [...] vuelvo al significado de la palabra Islam para que tengas una explicación sobre los valores del Islam. Islam viene de *salam*, significa la paz, si te fijas del saludo entre los musulmanes o los árabes dicen *salam Al-lâhykum* (entrevistadora: La paz sea contigo ¿no?) La paz entre nosotros, eso que has dicho, que te acompañe la paz, *wa 'Al-lâhykum al-salam* es la respuesta, igualmente [...] o que te acompañe a ti también. (entrevistadora: Si tuvieras que nombrar valores que te parezcan importantes en la vida...) Yo puedo, por ejemplo, una cosa, es un principio muy famoso del Corán, que es una característica del Islam, la moderación, característica de la religión, del Islam, es una característica fundamental que es la moderación. Hay un verso en el Corán que dice que os hemos creado una nación moderada, que se refiere a la nación del Islam, ¿sabes? (8-H40-U-CM).

Hospitalidad, tolerancia y relaciones sociales cálidas se perciben como un valorpreciado que también en parte se está perdiendo en las sociedades musulmanas por los cambios sociales que la globalización y la vida en las ciudades,

- [...] (entrevistadora: ¿y la hospitalidad?) Eso por ejemplo es un valor muy importante, que por ejemplo si estás en un sitio se puede acoger a cualquier persona, no sólo a la persona musulmana, cualquiera persona se puede acogerla y compartir con ella lo que tengas, es un valor del Islam. Por ejemplo la tolerancia, también es otro valor, la tolerancia en el sentido que no hay que volver la misma... si alguien te hace algo malo no hay que... yo creo eso existe en el cristianismo también, que alguien si te hace daño, te hace algo malo no tienes que volverle el mismo... [...] (entrevistadora: me constaste que en Marruecos como aquí, también se están perdiendo las relaciones sociales cálidas entre vecinos, ¿por qué?) A nivel de eso cuando hablé de las relaciones sociales que ahora ya no son tan cálidas como antes y eso, amigos españoles que te he dicho que son buenos amigos y todo eso, nos dijeron que hace 30 o 40 años era igual que en Marruecos, que eso ha cambiado por otros factores. Yo creo que eso de la globalización y todo eso, entonces la sociedad se ha hecho más individualista que antes, antes la gente las relaciones entre los vecinos eran más cálidas... Hasta ahora, pero claro, yo no te digo que se han cambiado también otros contextos en Marruecos, por ejemplo en las grandes ciudades, más o menos, es como aquí ahora, Casablanca, Rabat, Tánger, y todo eso, las ciudades, grandes, pero claro, en las ciudades pequeñas o medianas como mi ciudad aún siguen las relaciones más cálidas, más cercanas, entre los vecinos, entre los familiares, aunque sea un familiar lejano, pero claro, siempre compartes con él cosas como si fuera un hermano (8-H40-U-CM).

Otro de los informantes no encuentra grandes diferencias en cuanto a los valores que son importantes para los marroquíes y para los autóctonos, pero sí encuentra diferencias en cuanto a la hospitalidad,

- Yo creo que en eso no creo que haya una gran diferencia, la manera de mostrar a lo mejor es diferente, de sacar. Nosotros sacamos poco, tengo que decir que los marroquíes, todo está ahí escondido. Por ejemplo aquí es normal una compañera en el trabajo, que por algo bueno te dé un abrazo, Mohamed y tal, pues eso una amiga de trabajo en Marruecos no lo va a hacer. Te querrá mucho, pero no como para darte un beso si no eres su marido o su chico o tal, no, por ser un amigo no te va a dar un beso, porque no, pero te va a querer mucho. Yo creo que difiere la manera de sacar esos valores [...] De actuarlos, pero creo que en el fondo son los mismos. La honestidad: la misma, si eres generoso, el mismo, ser amable, el mismo (entrevistadora: ¿la hospitalidad?) No es la misma. (Entrevistadora: Porque yo creo que hay mucha más hospitalidad en la gente de Marruecos que en la gente de aquí...) Es otra. Ahí sí que ves que la gente de aquí, para mí, es más seca, en cuanto a hospitalidad. Nosotros exageramos con la hospitalidad. Pero eso claro, si eres árabe tienes que ser así, no puede ser de otra manera. Aquí la gente funciona de otra manera, pero no porque sean menos hospitalarios, sino que aquí funcionan de otra manera, y aquí por ejemplo yo para ir a tu casa tengo que avisarte, yo lo entiendo, porque la gente generalmente está más ocupada en sus cosas, en cambio en Marruecos no tengo por qué avisar a un amigo de que voy a su casa, yo voy y ya está (7-H43-U-CT)

Como ya se ha mostrado en apartados anteriores las redes de ayuda, de apoyo mutuo, la amistad, la compañía se extienden no sólo entre familiares sino entre el

vecindario, ocupando un lugar relevante en la sociabilidad y la convivencia en Marruecos, más allá de las necesidades concretas en caso de enfermedad o de muerte,

- [...] El vecindario: yo aquí no sé cómo se llaman mis vecinos. Si quiero saberlo lo veo en el portero automático, aquí nos decimos hola, hasta luego. Ahí, en un edificio como éste, por ejemplo, de seis viviendas, esto sería uno que entra aquí, mi hijo estaría ahora en casa de no sé quién, tu hijo está por aquí, sería un alboroto. Todo el mundo va a la casa de todo el mundo. Y por la mañana todas las mujeres pues, dame sal, me falta harina, dame arroz, a las doce de la noche para pedirte... (entrevistadora: Pero eso también facilita mucho la convivencia, son factores que crean comunidad, que crean convivencia, vínculos...) Claro, la gente se conoce, pero se conoce bien, y con el tiempo yo voy conociendo hasta a la familia del vecino, los que vienen, mi familia que viene allá, por ejemplo, si mi padre viviera ahora mismo en Valencia, y sabe que yo soy muy vecino, este vecino cada vez que venga tendrá que tocar el timbre y entrar a ver el vecino, ya es amigo del vecino también. Y eso se va haciendo grande, se van conociendo todos (entrevistadora: Se va haciendo grande...) Claro. Por eso aquí se dice, es que todos sois primos. Sí, nos consideramos primos, porque nos tratamos. Si uno es de mi barrio, o si es de mi ciudad, ya es como un primo para mí. Además si está fuera... (entrevistadora: Y os ayudáis también entre los vecinos, si un vecino está enfermo, si tiene una necesidad económica) Si un vecino está enfermo estará todo el vecindario metido en su casa ahí, encima de la cama, no le dejarían ni respirar, todo el mundo encima, claro [...] (entrevistadora: Y te acompañarán también, ¿no? te acompañan en el duelo...) Claro, y tendrán en cuenta, te digo, porque la comida no va a ser solamente para mí, porque tendrá en cuenta que vendrá mucha gente, porque mi casa estará llena durante mucho tiempo, y tendrá que ser comida para mucha gente todos los días, no para S..., M... y S..., porque en mi casa, si se muere alguien, la casa está llena pero durante mucho tiempo (7-H43-U-CT).

Otro informante, imam de la mezquita de Castellón, quiere resaltar las relaciones de respeto mutuo y cordialidad entre musulmanes y no musulmanes, entre autóctonos e inmigrantes musulmanes, pero aunque él afirma sentirse respetado, sin embargo no tiene una vinculación social fuerte, no tiene amigos españoles, según él porque su trabajo en la mezquita se lo impide. Su percepción parece estar basada en las interacciones en el barrio, con los vecinos y en su función de imam,

(Entrevista traducida)

- Todo es igual, el mismo respeto que tenía en Marruecos lo tiene aquí, la mayoría de los emigrantes son marroquíes y en la cultura eso también entra el respeto al imán, así que todo el mundo le respeta y le apoya [...] El goza del respeto de todos, no sólo de marroquíes, porque los emigrantes aquí son de diferentes países, todos le respetan y todos le apoyan, y hasta los españoles, los vecinos le respetan (entrevistadora: ¿Y tiene amigos españoles?) Según su trabajo aquí en la mezquita, él no tiene mucho contacto con los españoles (entrevistadora: ¿Qué cosas en la vida cotidiana le acercan más a la gente de aquí y qué cosas piensa que le separan de los de aquí?) Hay una relación de respeto entre todos que eso es la relación que hay, con la panadería, por ejemplo, con la señora del bar que está al lado, sí que hay una relación pero una relación de respeto entre todos, no hay ningún problema. (entrevistadora: ¿De cordialidad?) De cordialidad. Existen algunos españoles que tienen una imagen del musulmán y se queda encerrado y no se abre, pero ellos de su parte lo que hacen es tratarle bien y darle una buena impresión porque dice que la mayoría tiene una imagen del Islam a través de los medios de comunicación y así

es el imaginario que tienen, pero dice que son algunos, no es general [...] Todo el contacto que tienen él es con sus vecinos, sí que tiene una relación de contacto, de eso, pero como trabaja casi todo el tiempo aquí en la mezquita no tiene mucho tiempo para tener más contactos con los demás, pero con los vecinos y todo hay una relación... (entrevistadora: ¿Y con sus vecinos, como es su relación?) Hay buenas relaciones, hasta intercambian comida, él cuando hace algo lo ofrece a los vecinos, y les gusta la comida que les hacen y todo. Dice que hubo una experiencia hace dos semanas aquí con los vecinos de la zona, invitaron a los vecinos de la zona, las mujeres y los hombres, y les hicieron como una pequeña fiesta con dulces, té, los hombres se quedaron aquí con los hombres y las mujeres con las mujeres, y al final salieron muy contentos con la experiencia, y les han regalado también libros, cosas que expresan lo que es el Islam (entrevistadora: Eso aquí mismo en la mezquita, en el centro cultural, los vecinos de la zona...) Hasta que les han pedido perdón ellos a los vecinos porque a veces en los viernes, cuando tenemos la oración aquí, la gente sale y se queda ahí en la calle y molestan, o sea que ellos también pidieron perdón ... Sí, hubo mucha gente (2-H30-U-CM).

Las conexiones entre la salud, el Islam y la convivencia intercultural se han ido vislumbrando a lo largo de todos los relatos. Un buen ejemplo de ello lo tenemos en la saturación de datos relativos a los beneficios para la salud no sólo física, sino, psicológica y socia-comunitaria que se deriva de esta práctica de Ramadán para toda persona musulmana. En la siguiente tabla se sintetizan los beneficios y los valores relacionados con el ayuno, la salud, y la paz, en tanto en cuanto ambas son fomentadas por esta práctica religiosa y así lo entienden todas las personas entrevistadas:

Valores y virtudes de salud y paz relacionados con el ayuno de Ramadán	
Cuidado	Perdón y reconciliación r/c gestión-resolución pacífica de conflictos familiares y vecinales
Control del cuerpo y de la mente	Ayuda mutua.
Limpieza y cuidado del cuerpo	Respeto
Ejercicio físico	Solidaridad
Tranquilidad	Generosidad
Relajación	Caridad
Bienestar	Oración
Renovación	Espiritualidad
	Religiosidad
	Meditación
	Reflexión
	Empatía
	Purificación simbólica

Tabla 15. Valores y virtudes de salud y paz relacionados con Ramadán citados por los y las informantes. Elaboración propia.

“Las diferencias acercan más porque nos hacen más curiosos” (4-H34-U-CM).

Así explica uno de los migrantes cómo percibe él la importancia de querer conocer a las personas más allá de sus diferencias culturales y/o religiosas, con él se ha querido terminar este capítulo:

- [...] empezamos a buscar, a conocer a este otro que es diferente, y eso nos acerca, y luego al final te das cuenta de que todos somos seres humanos, de que lo más que importa al final no es la religión, la cultura, eso, lo que importa es lo que es la persona, si la persona es una persona buena, que te tranquiliza, que te puede comentar, contar cosas y todo, tú te sientes bien, yo creo que ... agradezco a la gente de aquí muchas cosas nos acercan (4-H34-U-CM).

Reconocernos en nuestra común humanidad y en nuestra diversidad y, ¿por qué no? en los valores de salud y de paz que nos acercan y nos ayudan a convivir y confiar más allá de nuestras diferencias.

En la tabla que sigue se sintetizan y agrupan los términos, y locuciones a los que han hecho referencia en las entrevistas los y las migrantes, así como los campos semánticos que representan o hacen referencia a valores que están relacionados con la salud, la paz y la convivencia intercultural.

Código identificación	Términos, campos semánticos y locuciones r/c salud, paz y convivencia
1-M35-U-CM	Ayuda, apoyo mutuo (en caso de enfermedad, o muerte): “ <u>se reparte cariño, ayuda muchísimo, que sientes que estás al lado de otra persona, de otra persona que te habla, que te puedes relajar, no vas a estar toda la noche sola..eso también sirve</u> ”/ Cuidado/ Tranquilidad/ Respeto/ Paciencia/ “ <u>No hacer daño a nadie</u> ”/ Confianza con el sistema sanitario
2-H30-U-CM	Respeto/ Cordialidad/ Paciencia/ Limpieza (en el doble sentido de purificación y limpieza del cuerpo)/ Agradecimiento/ Cuidar y visitar al enfermo/ Apoyo mutuo
3-M35-U-CT	Ayuda, apoyo (entre vecinos y familiares)/ Amistad/ <i>Salam Al-lâhyku/ “Tratar bien”</i> a los vecinos/ Cariño/ Confianza Islam y salud (relacionado con limpieza y con Ramadán: “ <i>el ramadán no es no solo no voy a comer...es también rezamos más, portamos bien, ayudamos a gente, cogemos cosas que yo sabía que esa chica no tenía esas cosas voy a coger de mi casa para ayudar, eso siempre, pero ese mes más...</i> ”
4-H34-U-CM	Encuentro/ Entendimiento/ Diálogo/ Curiosidad por el otro/a, conocer/ Amor, caridad, espiritualidad/ Respeto/ Solidaridad/ Ayuda mutua/ Amistad/ Confianza
5-H34-U-CT	Cuidado/ Responsabilidad/ Ayudar (padres, vecinos, familia...)/ “pasar” felicidad
6-M28-U-CM	Ayuda/ “ <i>Islam y salud todo está mezclado</i> ”/ Limpieza (doble sentido de purificación y limpieza del cuerpo) “Estar muy bien con...”; “estar muy cerca de..”; “ayudar mucho a” “ <i>estar muy bien con la gente, la religión dice que tienes que estar muy cerca de la gente, ayudar mucho a la gente</i> ”
7-H43-U-CT	Cooperación/ Apoyo mutuo/ Cuidado/ Ayudar, dar, perdonar/ Generosidad, ser generoso, ofrecer ayuda/ Meditación, tranquilidad Empatía/ Honestidad/ Amabilidad/ Hospitalidad/ Acompañar y consolar
8-H40-U-CM	Islam/Salam (paz). “ <i>Que la paz sea contigo</i> ”/ Moderación/ Hospitalidad/ Tolerancia/ Empatía con la gente que sufre/ Solidaridad/ Ayuda mutua/ Respeto mutuo/ Relaciones sociales cálidas/ Convivencia/ Integración/ Cuidar y visitar al enfermo/ Acompañar y consolar
9-H36-U-CT	<i>Salam Al-lâhykum, Wa ‘Al-lâhykum al-salaam</i> /Cuidar al vecino, cuidar la salud, cuidar la familia, los padres... (genérico)/ Visitar al enfermo (genérico)/ Ayuda
10-M29-R-CT	Solidaridad/ Apoyo/ ayuda mutua/ Cuidado/ cuidado a los padres y gente mayor/ Respeto/ Amistad

Tabla 16. Términos, campos semánticos, locuciones que aparecen en los relatos relacionados con valores de salud, paz y convivencia. Elaboración propia.

También es importante reconocer, visibilizar y apreciar el papel de las mujeres como diseminadoras de valores culturales de paz a través de los cuidados de salud, ya que las mujeres inmigrantes árabe musulmanas marroquíes son, sin lugar a dudas, las principales transmisoras de estos valores de paz a través de la práctica de cuidados de salud en el ámbito familiar y comunitario (de vecindad y a través de las redes informales de solidaridad y apoyo mutuo).

Después del análisis minucioso de la información recogida en las entrevistas, tomando como eje para el análisis la matriz presentada al comienzo de este capítulo, se hace necesario ahora volver a las hipótesis que han guiado este trabajo y a las problemáticas planteadas al inicio de esta tesis y revisarlas a la luz, no sólo de los datos que se han manejado en este Capítulo 6, sino del conjunto de la información recogida a lo largo de todo el trabajo de campo.

Reconocer, confiar, convivir. Conclusiones

«El único interés de este recorrido consiste en haberme confrontado con diferentes tipos de alteridad, de los que he intentado comprender progresivamente qué podían tener en común» (Augé, 1996: 12).

La interpretación de los resultados es el último paso de este proceso de investigación. Una vez analizados los datos, este apartado final tiene como objetivo prioritario volver a las hipótesis para revisarlas y evaluarlas, y responder a las problemáticas planteadas en las preguntas de investigación.

La inquietud intelectual básica que ha impulsado este trabajo ha sido imaginar y diseñar “paisajes de salud intercultural” más satisfactorios y acordes con el reconocimiento de la alteridad, la confianza y la convivencia intercultural. Desde este horizonte de convivencia, además de las conclusiones generales de este trabajo, se van a proponer posibles líneas de investigación para seguir profundizando en las relaciones entre interculturalidad, salud y convivencia intercultural desde el conocimiento y reconocimiento de los saberes y prácticas de salud de las y los inmigrantes árabe musulmanes marroquíes.

Con la conciencia clara de que el conocimiento no se acumula gracias a que un/a investigador/a realice un estudio aislado, sino a través de la realización y evaluación de más estudios que aborden problemas iguales o parecidos (Polit y Hungler, 2000: 595), se van a presentar también algunas reflexiones promovidas por esta investigación sobre cómo entender la competencia cultural en el campo de la salud desde la perspectiva de la paz imperfecta y cultura para la paz.

Evaluar las hipótesis y responder a las problemáticas planteadas

En la *Hipótesis 1* de este estudio se planteó el supuesto de que el contacto de los y las inmigrantes marroquíes de primera generación con la nueva estructura social de acogida podría implicar cambios adaptativos en su prácticas de salud, en especial en las referidas a autocuidados y cuidados genéricos o populares, así como en la utilización de los dispositivos de salud. También se supuso que el contacto con una nueva estructura social y cultural podría implicar cambios aculturativos en sus creencias religioso-culturales acerca de la salud/enfermedad.

En el colectivo de inmigrantes estudiado se han identificado apegos identitarios firmes a la sociedad, cultura de origen y religión, y al mismo tiempo se han podido percibir fenómenos poco importantes de aculturación segmentada en el campo de la atención a la salud en forma de algunos cambios en sus patrones de utilización de los dispositivos sanitarios.

Los y las inmigrantes marroquíes no parecen cuestionar el modelo de salud biomédico, hegemónico en Marruecos y en España, con el que están ya familiarizados/as. Entre los y las inmigrantes marroquíes en Castellón el sector popular de atención es el primero al que recurren en caso de necesidad o problema de salud. Dentro de este sector popular utilizan de manera complementaria una gran variedad de remedios, populares-tradicionales y biomédicos, normalmente en el ámbito doméstico, antes de buscar la ayuda en el sector profesional biomédico oficial.

No se han podido recoger datos decisivos a la hora confirmar cambios importantes y/o adaptaciones específicas en sus prácticas de salud-enfermedad-atención más allá de las derivadas de la mayor disponibilidad de los dispositivos de salud del sistema público español. El acceso fácil a la atención sanitaria es valorado positivamente por todos los y las inmigrantes entrevistados, pero no parece que este hecho les haya hecho variar de forma importante sus formas de autocuidados, ni un diferencial (Marruecos-España) remarcable en su utilización del sistema de salud español, con excepción de la atención materno-infantil en la que sí se observan cambios notables: en Marruecos, por ejemplo, el primer parto en las ciudades suele hacerse en el hospital, y en los siguientes, considerados popularmente como “más fáciles” se recurre habitualmente a las parteras tradicionales o parteras no profesionales. No es así en

España, donde los partos domiciliarios son una excepción a la norma de recurrir a partos hospitalarios en todas las ocasiones. Los controles gineco-obstétricos en Marruecos no son habituales y en España las mujeres marroquíes acceden a ellos con más frecuencia que en Marruecos, muchas veces dentro de los programas preventivos instaurados para toda la población por el sistema público de salud. Los niños son también una excepción: la atención pediátrica se busca como norma cuando un niño enferma. En este sentido no parecen existir grandes diferencias entre los datos encontrados al respecto en la literatura consultada y los hallazgos específicos de esta investigación.

Explicando algunos de sus comentarios, según ellos y ellas “no tienen costumbre de ir al médico”, simplemente se consideran personas sanas y acostumbran a tratarse las dolencias que consideran leves dentro del sector popular de la atención a la salud. En Marruecos, las barreras administrativas, copagos directos o encubiertos de las prestaciones de salud, eran elementos disuasorios a la hora de acceder a la atención sanitaria pública. Además, la desconfianza en el sistema sanitario público y el trato del personal sanitario no siempre percibido como adecuado, eran causa frecuente de buscar la atención sanitaria en el sector privado, siempre y cuando pudiera ser costeadado. En España eso no ocurre y el sólo hecho de poder acceder al sistema de salud hace que otras barreras de índole idiomática o cultural, percibidas por su condición de inmigrantes, magrebíes y musulmanes/as, aún existiendo, no se conviertan en un obstáculo importante para acceder a la atención sanitaria. La falta de reconocimiento de su identidad, el racismo que estas personas refieren (en forma de xenofobia/islamofobia), parece reducir su confianza y su vinculación con la sociedad de acogida, no les genera bienestar, pero no parece condicionar conductas de evitación de la atención sanitaria. Los obstáculos, aunque percibidos, no ocupan un lugar primordial en sus discursos relativos a la atención sanitaria.

En la primera problemática planteada en esta investigación nos preguntábamos qué permanece y qué cambia en las creencias de índole religioso-cultural y en las prácticas de salud de la inmigración marroquí de primera generación en Castellón.

Importa resaltar que muchos de los comentarios de los y las inmigrantes al respecto fijan la atención en el hecho de que sus patrones de autocuidados no han variado en gran medida: según ellos y ellas, en Marruecos recurrían a los profesionales médicos sólo cuando los remedios populares, más o menos hibridados con algunos remedios biomédicos, no daban resultados, y en España siguen haciendo lo mismo.

Por otra parte, las relaciones y sinergias entre los preceptos del Islam y la salud son claras, explícitas, admitidas y muy apreciadas por la mayoría de las personas entrevistadas. Es más, conocer su existencia es necesario si queremos saber cómo gestionan sus procesos de salud/enfermedad: prescripciones, reglas y rituales de higiene y purificación corporal (limpieza, baños, abluciones); normas dietéticas, alimentos *halâl* y prohibiciones que afectan sobre todo al consumo sustancias como el alcohol, drogas y tabaco, o alimentos como el cerdo y otras carnes y animales también *harâm*. Estas regulaciones son seguidas y apreciadas por los y las inmigrantes marroquíes de primera generación y por sus hijos/as, no sólo por su condición de musulmanes sino por la percepción intrínseca de sus beneficios para la salud.

Llama la atención que la salud no la entienden de manera fragmentada, sólo como salud física sino, también como bienestar psicológico y social.

Otros preceptos y recomendaciones religioso-culturales, como dar limosna, visitar a los enfermos, acompañar solidariamente a las familias de las personas que mueren, cultivar las relaciones cálidas y de ayuda entre vecinos, o guardar el ayuno del Ramadán, según todos los informantes entrevistados, tienen también implicaciones muy positivas para la salud bio-psico-social de las personas pero no siempre pueden seguirlas en la misma forma como lo hacían en Marruecos. Los cambios en los patrones de sociabilidad tras la emigración son importantes y casi siempre son narrados como “carencia”. Echan de menos muchos aspectos de la sociabilidad marroquí, desde las relaciones cálidas y de ayuda entre vecinos, hasta las celebraciones importantes que se transforman y resignifican en el contexto de acogida, las dificultades y cambios para celebrar los rituales relacionados con la muerte, dificultades para compaginar el ayuno de Ramadán con el trabajo, etc.

En general, independientemente de su cuantía e intensidad, los cambios apreciados parecen ir dirigidos a mejorar la adaptación a la nueva sociedad y aumentar sus sentimientos de inclusión y pertenencia, es decir, a obtener mayor reconocimiento, mayor bienestar, y una convivencia más satisfactoria y sin problemas en la sociedad que les acoge. En el ámbito de la salud, estas adaptaciones y cambios buscarán el mantenimiento de la salud y, fundamentalmente, el acceso a la atención sanitaria. Apegos y refuerzos identitarios unidos a procesos de aculturación segmentada no son fenómenos contradictorios sino complementarios, adaptativos, fruto de la negociación cultural en los niveles micro (personales) y meso (sociales y comunitarios). Estos

fenómenos duales -las pervivencias junto con los cambios- tienden a configurar identidades compuestas e hibridaciones culturales no necesariamente percibidas como tales por las y los inmigrantes entrevistados, y en ningún caso excluyentes, al permitir que convivan los apegos a las creencias, prácticas y representaciones de la cultura de origen, con algunas de la sociedad de acogida, con el objetivo de que no haya rupturas y desvinculación con la sociedad de origen, ni dificultades extremas para funcionar en la sociedad de acogida.

Como ya se ha comentado, sin embargo, no se han identificado cambios en sus creencias y representaciones religioso-culturales relacionadas con la salud-enfermedad. Esto se podría explicar entre otras causas por hecho de ser todos y todas inmigrantes de primera generación, y en algunos casos por llevar pocos años como inmigrantes. Además, porque en estos inmigrantes de primera generación, su identidad cultural y religiosa les da cobijo, les ayuda a establecer redes de apoyo y solidaridad, todo ello dentro de un marco sociológico colectivo de baja vinculación social con la sociedad de acogida. Sus redes de solidaridad y apoyo mutuo (con el nexo común de la religión islámica) no parecen muy extensas, pero sí sólidas, e incluyen fundamentalmente individuos y familias musulmanas de diversas nacionalidades. Estas redes de solidaridad parecen tener una función protectora sobre individuos y familias, pero también, a través de ellas se ejerce un control social fuerte sobre las personas de este colectivo, al tiempo que sirven también para la pervivencia y reproducción de las tradiciones de índole religioso-cultural. Más allá de sus orígenes étnicos y nacionales, su identidad cultural parece que se asienta en la religión islámica que comparten, o dicen compartir, todos los y las inmigrantes entrevistados (tanto en las entrevistas formales, como informales).

En la *Hipótesis 2* se planteó el supuesto de que las creencias y prácticas relacionadas con los procesos de salud-enfermedad-atención de los y las inmigrantes marroquíes en Castellón contienen y aportan valores religioso/culturales y virtudes de paz que promueven conductas dirigidas a mantener la salud (bio-psico-social) individual y la convivencia.

Como nos sugiere Inglehart los criterios según los cuales las poblaciones evalúan su propio sentimiento de bienestar no está exento de subjetividad y de valores (Inglehart, 1993: 81). Expresados por los y las migrantes marroquíes a lo largo de las entrevistas, esos criterios subjetivos se tornan muy importantes para comprender la

salud como un todo indivisible bio-psico-social-cultural, y se configuran como un conjunto ecléctico, pero no por ello menos apreciable, de valores y virtudes, creencias, pensamientos, sentimientos, buenos deseos, actitudes, *habitus* y buenas prácticas de cuidados que, más allá del campo de la salud, con una fuerte impronta sociológica y religioso-cultural, pueden ser, sin embargo, bien entendidos, reconocidos y compartidos por cualquier persona que piense y desee una vida en la que el bienestar personal y colectivo ocupen el mayor espacio posible. Son *vivencia en circulación* que nos remite a experiencias y *praxis* de salud y de paz valiosamente imperfectas y necesarias para la convivencia.

A la luz de los datos es necesario recalcar la importancia de «[...] rescatar y resaltar esa cultura de paz que se produce en el seno del Islam, a pesar de lo arraigados que están en el imaginario occidental los arquetipos en los que se nos muestra a los musulmanes como un grupo beligerante, violento, vengativo y fanático» (Molina Rueda, 2006). El Islam es la religión que mayoritariamente profesan los y las inmigrantes marroquíes y, como ya se ha comentado a lo largo de este trabajo, está presente, regula y normativiza amplios sectores de la vida de este colectivo, convirtiéndose la mayoría de las veces en una forma de vida y en un anclaje identitario importante de la inmigración marroquí en Castellón. Sin embargo, ninguno de ellos y ellas se identifica con esa imagen estereotipada de lo musulmán como violento o fanático. La violencia y el fanatismo están lejos de sus vidas e imaginarios y es rechazada sistemáticamente por todos y todas. El “verdadero” Islam es profundamente pacífico: esa idea es común y reiterada, y se deriva de todos sus relatos.

No se quiso definir *a priori* cuáles debían ser los valores y virtudes que habría que buscar y encontrar en los relatos, sino mostrar cómo “circulan” estos valores y buenas prácticas que vinculan salud holística y convivencia pacífica y han ido emergiendo y construyendo sus discursos. Se han querido visibilizar valores y virtudes que perfectamente son, o pueden ser, compartidos por las personas no migrantes, autóctonas, independientemente de la religión. Estos valores de paz que emergen de sus relatos de vida se vislumbran también como capacidades o potencialidades interculturales y transculturales para hacer las paces que no se pueden pasar por alto. La historia única, la visión unidireccional y vertical hacia el otro/a diferente, se deconstruye cuando se conocen y reconocen historias y valores que bien pueden ser

compartidos por una humanidad común más allá de religiones y culturas, orígenes étnicos o nacionales, clases sociales y géneros.

Así pues, en relación a la segunda de las problemáticas planteadas en este trabajo: ¿qué valores y virtudes vinculados a la salud y a la convivencia aporta a la sociedad de acogida la inmigración marroquí en Castellón?, podemos concluir que en sus discursos y experiencias de vida narradas, el sentido de la amistad, el amor en su diversas manifestaciones y tipologías, el respeto, la honestidad, la generosidad, la bondad, la dignidad y la lealtad, la tolerancia, la responsabilidad, el apego a la paz, los valores cívicos, culturales, religiosos, familiares, estéticos... han podido ser observados y contrastados con sus voces y con las prácticas de vida observadas a lo largo del trabajo de campo. Y no sólo a lo largo de las entrevistas formales, sino también en otras muchas interacciones durante y después del periodo de trabajo de campo con otras muchas personas del colectivo inmigrado árabe musulmán. Las cualidades humanas positivas y la sensibilidad relacional han estado presentes todo el tiempo. La muestra no permite establecer generalizaciones al respecto, pero sí apunta a unos patrones de relacionales y de sociabilidad basados en valores positivos para la convivencia que merecen ser tenidos en cuenta cuando pensemos en el colectivo de migrantes árabe musulmanes marroquíes.

Son precisamente esos *valores de salud holística y de paz* (Véanse la Tabla 15, pág. 393, y la Tabla 16, pág. 395) los que se han querido buscar, dilucidar y hacer visibles en esta tesis. Son también los que nos permiten afirmar y compartir no sólo nuestra común humanidad, sino las formas diversas de con-vivir, satisfacer nuestras necesidades humanas básicas y desarrollar nuestras potencialidades sin que las diferencias socioculturales y religiosas se conviertan en desigualdades, porque todos y todas (personas autóctonas y no autóctonas) nos podemos reconocer en esos valores y virtudes de salud, de paz y convivencia a los que los y las inmigrantes árabe musulmanes marroquíes han hecho referencia amplia y profusamente en sus relatos densos. Es mucho lo que podemos aprender de su sociabilidad pacífica, de sus formas de entender la hospitalidad, la amistad, el cuidado del otro/a que incluye también aspectos tan sociales y comunitarios como la vecindad, o el acompañamiento en la muerte, la solidaridad, entre otros aspectos a destacar.

Que estos saberes y prácticas culturales de salud se hagan visibles, se conozcan y reconozcan en la sociedad de acogida quizá pueda reducir prejuicios xenófobos e

islamófobos que recaen sobre este colectivo árabe musulmán marroquí, y contribuir a la *xenofilia* y la *islamofilia* y con ellas a una mayor vinculación y una mejor convivencia intercultural.

Tomando como base las dos variables principales que se relacionan en este estudio, los procesos de salud-enfermedad-atención y convivencia intercultural, el conocimiento y reconocimiento de estos valores religioso-culturales y virtudes de paz presentes en las creencias y prácticas de salud deben tender a deconstruir o minimizar la violencia cultural en salud y contribuir desde la confianza mutua (entre migrantes y no migrantes), a la convivencia y a cultura para la paz.

Sin embargo, las historias de los y las inmigrantes marroquíes en Castellón cargados de experiencias diversas, de saberes, valores y virtudes valiosas para la salud y para la convivencia intercultural, no son, o no parecen ser conocidos, ni reconocidos como tales en la sociedad de Castellón. La doble condición de estas personas, como inmigrantes y musulmanes, añadida a su posición social, los invisibiliza en la sociedad de acogida y también los estigmatiza. Inmigrante, musulmán/a y generalmente de clase trabajadora son tres variables que no facilitan su vinculación social y menos aún el interés general de la sociedad de Castellón por conocerles. No hay una percepción general de reconocimiento intersubjetivo fuerte entre este colectivo y la sociedad de acogida que facilite su vinculación y su inclusión social.

La confianza es necesaria para convivir y pasa por el conocimiento del otro/a diferente, de sus valores y formas de vivir la vida distintas. El pobre conocimiento e interés de la sociedad de acogida por este colectivo de inmigrantes lo he podido observar no sólo a través de sus relatos y largas horas de entrevistas informales, sino también en otras muchas interacciones, dentro y fuera del ámbito sanitario, con la población local. No hay miedo al otro/a, pero sí un gran desinterés. Por el lado de los inmigrantes marroquíes en Castellón los recelos observados respecto a la xenofobia y sobre todo, la islamofobia latente en la sociedad de acogida, tampoco los posiciona favorable y confiadamente respecto a quién les acoge. El resultado parece ser un desconocimiento mutuo importante.

Convivir es y supone mucho más que coexistir. Confianza y (re)conocimiento del otro/a diferente no se pueden separar.

En la *Hipótesis 3*, se planteó que los y las migrantes marroquíes en Castellón y Vila-real tienen una percepción global positiva del sistema sanitario español, respecto al acceso y la eficacia de la atención biomédica pero, sin embargo, su percepción es negativa, o no tan positiva, en cuanto al reconocimiento de su identidad religioso/cultural en este ámbito de la atención sanitaria. También se planteó que una mayor percepción de reconocimiento intersubjetivo de su identidad religioso/cultural debería aumentar su confianza en el sistema sanitario y en los profesionales socio-sanitarios que les atienden, y con ello su percepción de mayor vinculación con la sociedad de acogida.

Población básicamente joven y sana, hacen uso de los dispositivos de salud sólo cuando la atención dentro del sector popular de atención (familia fundamentalmente) no basta para solucionar sus problemas de salud. La salud materno-infantil y las urgencias, como ya se ha comentado, son los dos sectores del sistema sanitario más utilizados. Mujeres embarazadas y niños son los principales usuarios del sistema sanitario. La percepción de falta de reconocimiento de su identidad religioso cultural les lleva a apreciar en el personal sanitario conductas que ellos y ellas identifican y nombran como “racistas”. Estas percepciones en el trato con el personal sanitario se pueden convertir en barreras psicológicas que, si bien no les impiden buscar la atención sanitaria, sí la hacen menos “amable” o satisfactoria en su conjunto. Barreras que incomodan y no contribuyen a su bienestar psicológico.

Sin embargo, y al mismo tiempo, todos y todas aprecian ampliamente la accesibilidad y la eficacia técnica del sistema sanitario público español. Aquí no buscan la atención privada cuando tienen problemas de salud como sí hacían en Marruecos cuando podían pagarla. No lo consideran necesario. Y, a pesar de percibir en ocasiones lo que ellos entienden como conductas o actitudes “racistas” entre el personal sanitario, en general, se sienten bien tratados y reconocen que esas actitudes no son la norma sino la excepción. Es pues una percepción difusa que en ocasiones se concreta en interacciones desafortunadas que no siempre son vividas en primera persona sino contadas por otros miembros del colectivo. Todos y todas vinculan esas actitudes más con el hecho de ser musulmanes que por ser extranjeros/as. La islamofobia es percibida en mayor medida por todos y todas en sus contactos con el sistema sanitario de acogida. Pero la islamofobia, como profecía autocumplida, a veces, como estereotipo estigmatizante interiorizado casi siempre, es esperada por ellos y ellas. Se sorprenden

gratamente cuando no la sienten. Sus relatos son a veces ambivalentes al respecto. Habría que seguir indagando en las causas y en los canales de circulación de esta fobia cultural a lo musulmán que parece envolver las relaciones entre este colectivo de inmigrantes, la población local y los profesionales sanitarios, que pone barreras simbólicas o dificulta, al menos, su vinculación con la sociedad de acogida. No era objeto de este estudio profundizar en las raíces, manifestaciones, límites y consecuencias de la xenofobia/islamofobia para la salud psicosocial de este colectivo de inmigrantes, pero sin embargo su presencia hace que deba ser tomada en consideración especialmente en lo referente a la atención sanitaria y a la relación personal sanitario-paciente inmigrante árabe musulmán/a.

La tercera y última problemática planteada en este estudio se planteaba la influencia del reconocimiento de la identidad religioso-cultural de este colectivo de inmigrantes en términos de confianza en el sistema de salud de acogida y en el personal sanitario que les acoge. También nos preguntábamos si mayor reconocimiento influiría en mayores cotas de vinculación con la sociedad receptora. Es de esperar que si las mediaciones en el campo de la atención a la salud se establecen desde posiciones de reconocimiento intersubjetivo aumente la percepción de confianza y vinculación de los y las inmigrantes con la sociedad que les acoge, así como su percepción de bienestar. Sin embargo, los datos recogidos parecen sugerir que la percepción de reconocimiento de su identidad religioso-cultural entre los y las inmigrantes marroquíes en Castellón es más bien débil y muy segmentada, no está sólidamente asentada, ni efectivamente sentida. Además, las mujeres parecen percibir de manera más intensa esta falta de reconocimiento cuando acceden a la asistencia sanitaria: por ser extranjeras, por ser musulmanas y vestir como tales, y por la barrera lingüística prevalente en las mujeres de este colectivo.

El desconocimiento del sistema de salud de acogida y de su normatividad, así como de las lógicas y códigos socioculturales con los que se rige, se convierten en ocasiones en obstáculos invisibles, que si bien no parecen impedir el acceso a la atención sanitaria, sí hacen que en las interacciones entre el personal sanitario y los y las inmigrantes marroquíes no “circule” la confianza intercultural y el reconocimiento mutuo pleno. Así pues, la traducción cultural de los cuidados, más allá de la traducción lingüística, parece un déficit permanente del sistema de salud de acogida. También una responsabilidad y competencia olvidadas por la administración sanitaria valenciana.

Teniendo en cuenta que el personal sanitario tiene escasa o nula formación específica en competencias culturales para el cuidado y para la mediación intercultural, parece que las interacciones positivas, muchas, parecen establecerse de forma intuitiva y empática en base precisamente a esos valores éticos y virtudes “transculturales” que se comparten naturalmente entre inmigrantes y personal sanitario.²⁴⁷

Parece que sus malestares más que físicos (como ya se ha dicho, en general personas jóvenes y sanas), son de índole psicológica y sociocultural: duelos migratorios más o menos intensos y duraderos, percepción de falta de reconocimiento y de la diferencia vivida como desvalor, racismo/islamofobia, dificultades con la traducción/comunicación lingüística, deficiente o escasa traducción cultural de sus necesidades de salud, a los que se unen las condiciones socioeconómicas desfavorables en destino por el desempleo y la precariedad laboral. Sin olvidar las dificultades de adaptación que dependen también de factores psicológicos individuales.

Más allá de su derecho a la atención sanitaria, que no parece ser cuestionado sino valorado por todos y todas, el reconocimiento intersubjetivo de su alteridad religioso-cultural y de sus necesidades culturales en salud parece que podría actuar como un bálsamo psicosocial que disminuiría su desconfianza tanto en el sistema sanitario de acogida, como en la estructura social de la que es parte el sistema sanitario, ampliando su percepción de bienestar y vínculos con la sociedad de acogida. Los datos analizados apuntan en esta dirección, pero, no obstante, habría que seguir indagando en la relación de estas variables para poder afirmar que mayor reconocimiento de su identidad religioso cultural redundaría en mayor confianza en el sistema sanitario y en los profesionales y en mayor vinculación con la sociedad de acogida.

Así pues, desconocimiento y el reconocimiento se confrontan. Y entre ambos, algunos de los estereotipos relativos a la inmigración se encargan de hacer olvidar que la heterogeneidad interna de todos los grupos humanos impide clasificarlos de manera rígida en función de categorías nacionales, étnicas o religiosas. Es frecuente creer que la persona inmigrante tenía en origen una vida básicamente pobre e infeliz en el más amplio sentido de la palabra. Se tiende a pensar que las causas económicas que están

²⁴⁷ En este sentido también apunta el interesante estudio llevado a cabo por Fernando J. Plaza del Pino sobre la comunicación intercultural personal de enfermería- pacientes musulmanes, en el que identifica y evalúa un conjunto de fortalezas y debilidades del personal de enfermería en cuanto a su competencia para la comunicación intercultural (Plaza del Pino, 2010: 108-109).

detrás de muchos proyectos migratorios se acompañan de vidas igualmente pobres en el terreno afectivo-emocional-relacional. Las voces de los y las inmigrantes marroquíes en Castellón nos apartan de esta visión reduccionista del inmigrante pobre e infeliz que viene a Europa para dejar de ser pobre y ser feliz. Sus relatos nos han abierto los ojos no sólo a la gran heterogeneidad interna de este colectivo de personas, sino a la multicausalidad de sus razones para emigrar, de sus expectativas de vida en destino y, sobre todo, nos han mostrado que sus vidas en Marruecos, para muchos de ellos y ellas, eran quizá más difíciles en lo material, pero menos duras en lo relacional y afectivo. Los y las inmigrantes marroquíes entrevistados llegaron por causas diferentes, pero ninguno de ellos y ellas tenían una vida especialmente infeliz en Marruecos. Sus familias de orientación y algunas amistades eran, y siguen siendo, tras la emigración y en la distancia, un pilar afectivo-emocional muy sólido en sus vidas. Sus recuerdos de Marruecos y de su vida allí, de sus personas de referencia, de sus redes de apoyo y amistad, son evocados como hermosos y narrados en la mayoría de los casos con nostalgia.

A la luz de los relatos analizados, desde una perspectiva *etic*, el desconocimiento mutuo se configura como una barrera principal para la convivencia y, al mismo tiempo, de manera inversa, el conocimiento y reconocimiento se propone como el eje básico para la confianza y la convivencia intercultural.

El desconocimiento y desinterés por el otro/a diferente es el primer germen de la marginación y la exclusión social. Ni una ni otra son compatibles con la salud y con la convivencia intercultural. El conocimiento mutuo es imprescindible para que la interculturalidad en salud sea una realidad amable y la convivencia también. Tampoco hay que olvidar que dentro del propio colectivo de inmigrantes árabe musulmanes en general, y marroquíes en particular, circulan también estereotipos negativos acerca de la sociedad de acogida, de los valores y de las formas de vida que aquí se dan. Los datos recogidos nos muestran que en ambos sentidos transitan los estereotipos estigmatizantes del otro/a diferente que no facilitan la convivencia intercultural. En ambos sentidos también pueden circular los valores morales y las virtudes de paz. Hace falta deconstruir los primeros y reforzar el conocimiento de los segundos.

La competencia cultural en los cuidados de salud, con el eje vertebrador fundamental de la comunicación intercultural, se perfila como un instrumento básico para la acción-participación en el campo de la salud intercultural; basada en el

reconocimiento intersubjetivo implicaría aumentar las mediaciones pacíficas en el ámbito de la atención sanitaria, la *agency* de los actores, el diálogo, los espacios de encuentro y la confianza intercultural. En definitiva implicaría deconstruir la violencia y fomentar la convivencia.

Reflexiones finales y algunas propuestas para seguir investigando

Por el momento una de las necesidades más inmediatas que nos plantea la salud de los inmigrantes es la de la preparación necesaria para afrontar y tratar con la diversidad sociocultural [...] tener herramientas de tipo metodológico que nos permitan integrar esta atención a la diversidad dentro del conjunto de elementos de los que disponemos para el desarrollo de nuestro trabajo cotidiano (Romaní, 2002: 504).

El pluralismo médico existe en todas las sociedades y esto implica el contacto más o menos frecuente e intenso, la confrontación de diferentes creencias, representaciones y prácticas culturales relacionadas con la salud y la enfermedad. En los contextos interculturales, además, este pluralismo se amplía con el contacto de sistemas médicos y prácticas culturales que tienen su origen en tradiciones culturales diversas. Todo ello nos lleva a plantearnos la dimensión de la salud y de los cuidados de salud en contextos interculturales desde la perspectiva de las mediaciones, de la negociación y la comunicación intercultural. Y nos sitúa frente a los retos y las expectativas que los actores de la interculturalidad en el campo de la salud -personas e instituciones- tienen que enfrentar: usuarios inmigrantes y no inmigrantes, personal sanitario, trabajadores/as sociales, mediadores/as interculturales, gestores sanitarios, legisladores/as, instituciones sanitarias de ámbito local, estatal, supraestatal.

Pensar la salud en contextos migratorios -España, Comunidad Valenciana donde se ha realizado esta investigación- desde la perspectiva de la interculturalidad, y la competencia intercultural basada en el reconocimiento y la confianza, es considerar la salud en términos de paz imperfecta y de convivencia intercultural. La salud como un derecho humano básico libre de cualquier tipo de violencia directa-estructural-cultural.

La competencia cultural en salud no es sólo competencia lingüística. De esta forma, la comunicación intercultural en el campo de la salud, más allá de la traducción lingüística, implica la traducción cultural las necesidades de salud de las personas, es decir, conocer y reconocer las peculiaridades de las demandas y necesidades de salud

vinculadas a la cultura y a la religión con el objetivo de transformar las dificultades de comprensión mutua, los prejuicios y falta de reconocimiento de la diferencia en espacios de comunicación, negociación cultural y convivencia entre personas de diferentes orígenes nacionales y culturales.

La comunicación intercultural, también en el campo de la salud, implica tener interés en conocer al otro/a diferente y todos los valores, creencias, prácticas positivas que puede aportarnos; supone también reconocerlo/a, escucharle y cuidarle en sus necesidades, negociar las diversidades que nos confrontan buscando no recetas únicas para resolver la conflictividad, sino *fórmulas magistrales para gestionar la complejidad, reducir la fragilidad relacional, aumentar la confianza y convivir*.

Un enfoque *pazológico* de la salud intercultural implica eliminar barreras en el acceso a la atención sanitaria de las personas inmigrantes, fomentando la competencia interlingüística e intercultural y las políticas de reconocimiento en el sector salud. Profesionales sanitarios, dispositivos, estrategias sanitarias, instituciones sanitarias deben ser culturalmente competentes y (re)conocer, poner en valor y respetar la diversidad biológica, social y cultural de los seres humanos como variables que influyen en el proceso de salud/enfermedad/atención.

En términos de convivencia pacífica, el futuro de la salud intercultural en contextos migratorios debería transitar necesariamente hacia un modelo comprensivo/integrador de la diversidad cultural. Para ello, desde la intertransdisciplinariedad de la Investigación para la Paz, una vez realizada esta tesis y como consecuencia de ella, propongo seguir investigando en las siguientes áreas o temáticas:

- Educación para la Paz en el ámbito de la salud. La formación específica de los y las profesionales de la salud será decisiva para reducir/deconstruir la violencia estructural/cultural-simbólica. Un mayor conocimiento de la población inmigrante árabe musulmana en general y marroquí en particular debe contribuir al cambio de percepciones y actitudes respecto a este colectivo, a deconstruir prejuicios estigmatizantes, xenófobos e islamófobos, (re)conocer sus saberes de salud, los valores que encierran, discernir todo aquello que podemos compartir, para ampliar los horizontes de convivencia intercultural.

Los currículos de los Grados en Ciencias de la Salud deberían incluir la formación y capacitación en habilidades antropológicas para ofrecer cuidados culturalmente

competentes en todos los niveles de la atención sanitaria y desde todas las disciplinas. Investigar la situación actual de los currículos y potenciar la formación de los futuros profesionales de la salud en este campo de la interculturalidad en salud se hace una necesidad.

- Diseñar proyectos investigación-acción-participación en mediación intercultural en el campo de la atención sanitaria a la población inmigrante árabe musulmana. Imaginar nuevas estrategias-dispositivos asistenciales competentes desde el punto de vista cultural.
- Investigar, proponer experiencias y estrategias comunitarias de promoción de la salud y atención sanitaria integradoras de la diversidad cultural, que reconozcan las necesidades e identidades religiosas y culturales de la inmigración árabe musulmana marroquí y de otras nacionalidades. Estrategias comunitarias y participativas basadas en el reconocimiento intersubjetivo de necesidades e identidades religioso/culturales para, más allá del campo de la salud, conocernos más y convivir mejor.

Todas estas áreas considero que son deficitarias en este momento tanto en España como en la Comunidad Valenciana. Si pensamos en términos de convivencia intercultural y confianza en el campo de la salud, todas estas áreas son susceptibles de convertirse en temas de investigación de los que se deriven múltiples objetos de estudio. El trabajo por hacer es mucho.

Pero entre todas estas temáticas urge cambiar las mentalidades de los profesionales sanitarios en lo referente a la diversidad cultural y a la interculturalidad en salud, deconstruir prejuicios, formar e informar. Conocer y concienciar. A la hora de eliminar barreras en el acceso a la atención sanitaria de la población inmigrante árabe musulmana, y contemplar sus especificidades socio-culturales, es imprescindible desarrollar *anthropological habilities* -capacitación cultural/competencia cultural- entre los profesionales de la salud que aumente su agencia -su capacidad de actuar- a la hora de prestar cuidados de salud a los colectivos de inmigrantes acordes con la diversidad cultural; por otra parte, de manera complementaria, demandar y establecer políticas y estructuras sanitarias que eliminen barreras y faciliten la atención de la población inmigrante en general y árabe musulmana en particular.

Para ello, es necesaria la comprensión del papel de las circunstancias socioeconómicas, políticas y culturales que repercuten sobre la salud y la vida de los pacientes inmigrantes (determinantes sociales de la salud). Las diferencias en las estructuras familiares y los diferentes roles asumidos por los miembros de las familias en las diferentes culturas. Conocer y comprender los modelos explicativos de las enfermedades en los pacientes inmigrantes, que pueden o no diferir de los del personal sanitario y, así mismo conocer la existencia de los principales síndromes o enfermedades culturalmente contruidos (*culture-bound syndroms*). Conocimientos, habilidades y destrezas en los cuidados de salud en contextos interculturales no se pueden dar y explicar si no es desde la sensibilidad antropológica y la curiosidad por la diversidad cultural.

En definitiva, pensar, -imaginar- la salud intercultural desde una perspectiva de paz requiere:

- Un concepto de cultura no esencialista. Amoldarse al flujo de las constantes variaciones y de las identidades múltiples, híbridas y complejas de los ciudadanos/as en las sociedades contemporáneas
- Desde el reconocimiento y la confianza cultivar la xenofilia/islamofilia frente a la xenofobia/islamofobia.
- Gestionar y transformar la conflictividad que acompaña los procesos de contacto y confrontación cultural en salud con tres instrumentos metodológicos básicos en salud: *la negociación, la mediación (brokerage) y la comunicación intercultural*.
- Conceptualizar la salud como un Derecho Humano básico.

En las sociedades interculturales del siglo XXI los procesos de negociación y convivencia intercultural en salud requieren para su comprensión de un abordaje dialógico, interdisciplinar e inclusivo que reconozca, respete y sea capaz de aprender de las diferentes tradiciones culturales de curar y cuidar las enfermedades, prevenir su aparición y favorecer la salud, sin exclusiones. Como ya hemos visto en los apartados anteriores, variables religiosas, étnicas, históricas, económico/políticas, y científico-técnicas han determinado una pluralidad de formas de autocuidados y de atención (biomédicas, tradicionales, populares) «entre las que se establecen estrechas y continuas relaciones y transacciones a través de las prácticas y representaciones de las personas y

comunidades que las utilizan» (Menéndez, 2005: 33-44) tanto en Marruecos, como entre los inmigrantes marroquíes. Esta realidad nos lleva a preguntarnos cómo gestionar esa diversidad de saberes, y la complejidad de formas de atención que los acompañan, de manera que sus articulaciones empíricas se puedan dar de forma más cooperativa y complementaria también en las sociedades de acogida de los inmigrantes. La salud y la paz de las personas y los colectivos humanos así parecen requerirlo.

Terminar esta tesis supone reconocer las limitaciones que este trabajo ha tenido: hacer trabajo de campo en Marruecos con las familias no emigradas de los y las informantes, ampliar la muestra y poder hablar en árabe, hubieran sin duda enriquecido esta investigación. Al final de este trabajo me pregunto también dónde estamos y, sobre todo, a dónde vamos en este tema del (re)conocimiento mutuo, la confianza entre la inmigración árabe musulmana en Castellón y la sociedad local. En el campo de la interculturalidad en salud y la convivencia intercultural, me planteo igualmente cuánto queda por hacer para que el deseo y la curiosidad por conocernos, la confianza mutua y la convivencia intercultural conquisten mayor espacio del que ahora ocupan.

«La integración cosmopolita se basa en un cambio de paradigma en el que la diversidad no es el problema, sino la solución» (Beck, 2008: 324). Una visión cosmopolita de la salud implica necesariamente el reconocimiento de otras racionalidades y formas de manejar el proceso salud-enfermedad-atención, como la paz necesita del reconocimiento de «los otros y las otras», de sus cuerpos, de sus derechos y de sus formas de vivir la vida y cuidar la salud.

سلام
صحة
تعايش

Bibliografía

AFFALLA, MOHAMMED NOUREDDINE (2003): «La confianza y el cambio de paradigma migratorio», *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 61-62, pp.101-115.

AIXELÁ, YOLANDA (2000): *Mujeres en Marruecos. Un análisis desde el parentesco y el género*, Barcelona, Alborán-Bellaterra.

AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO (2013): «Cooperación española en Marruecos», AECID-Ministerio Español de Asuntos Exteriores e Inmigración. Disponible en www.aecid.ma/ (Fecha de consulta 23/07/2013).

AGENCIA ESPAÑOLA DE METEOROLOGÍA-AEMET (2012): «Datos Climatológicos», disponible en www.aemet.es/es/serviciosclimaticos/datosclimatologicos (Fecha de consulta, 17/09/2012).

AJUNTAMENT DE VILA-REAL (2012): «Localització», Disponible en www.Vila-real.es/portal/p_1_principal1.jsp?codResi=1&language=ca (Fecha de consulta, 27/X/2012).

ALARCÓN, ANA Mª Y OTROS (2003): «Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales», *Rev. méd. Chile*. (online), Sep, vol.131, nº9, 1061-1065. Disponible en www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&nrm=iso (Fecha de consulta 21/10/2013)

AL- AROUJ, MONIRA ET AL (2005): «Recommendations for Management of Diabetes During Ramadan», *Diabetes Care*, Volume 28, Number 9, September, 2305-2311.

AL-SALABI, JAMAL (2008): «La repercusión de los cambios políticos y sociales de Europa en el mundo árabe», *Quaderns de la Mediterrània* nº 10, *Intercultural Dialogue between Europe and the Mediterranean*, Institut Europeu de la Mediterrània. Disponible en www.iemed.org/publicacions/historic-de-publicacions/quaderns-de-la-mediterrania/sumaris/sumari-quaderns-de-la-mediterrania-10 (Fecha de consulta 24-6-2009).

ALONSO, ESTANISLAO Y OTROS (2006): «Recomanacions per a l'Atenció Primària dirigida a usuaris immigrants extracomunitaris», *Pla de la Diversitat*, Departament de Salut Català de la Salut, Barcelona, ICS- Generalitat de Catalunya.

- AMEZCUA, MANUEL (2000): «El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante», *Index de Enfermería*, Año IX, nº30, 30-35
- APPADURAI, ARJUN (2004): «La aldea global», Universidad Santiago Compostela, Firgoa, Universidade Pública. Disponible en firgoa.usc.es/drupal/node/17381/print /Fecha de consulta 19/03/2013).
- APPADURAI, ARJUN (2005): *Modernity at large. Cultural Dimensions of Globalization*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- ARANGUREN, NIEVES Y FRANCISCO A. MUÑOZ (2004): «La paz Imperfecta», *Pensamiento crítico, Hika*, 161-162zka 2004-2005ko abendua-urtarrilla. Disponible en www.pensamientocritico.org/nievaran0105.htm (Fecha de consulta 18/II/2013).
- ARIZA, LUIS MIGUEL (2011): «Cristina Sánchez Carretero: “Un buen etnólogo debe sentir como propio lo de los demás”», *El País Semanal*, Domingo, 2 de Enero, nº1788, Madrid, Ediciones El País.
- ARJONA, ÁNGELES Y JUAN CARLOS CHECA (1998): «Las historias de vida como método de acercamiento a la realidad social», *Gazeta de Antropología*, nº 14, Artículo 10, Disponible en digibug.ugr.es/html/10481/7548/G14_10JuanCarlos_Checa-Angeles_Arjona.html (Fecha de consulta 27/X/2012).
- ASHRAF IBRAHIM, MAHMOUD (2007): «Controlar la diabetes durante el Ramadán», *Diabetes Voice*, Volumen 52, Número 2, Junio.
- ASWAB, MOHAMED (2011): «Santé: Comment éviter la“Tramdina”», *Aujourd'hui le Maroc*, 12-Août, Maghres, Disponible en <http://www.maghress.com/fr/aujourd'hui/83846> (Fecha de consulta, 8 Noviembre 2014)
- ARTE HISTORIA (2010): «Marruecos», *Arte Historia*, Junta de Castilla y León, Disponible en www.artehistoria.jcyl.es/historia/contextos/1831.htm (Fecha de consulta 25/05/2010).
- ATXOTEGUI, JOSEBA (2000): «Los duelos de la emigración: una aproximación psicopatológica y psicosocial», en PERDIGUERO, ENRIQUE Y JOSEP M^a COMELLES (eds): *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, Barcelona, Bellaterra.

ATXOTEGUI, JOSEBA (2005): «Emigrar en el siglo XXI: el Síndrome del Inmigrante con estrés crónico, múltiple y extremo (Síndrome de Ulises)», *Mugak*, nº 32, Julio. Disponible en revista.mugak.eu/articulos/show/340 (Fecha de consulta 29-03-2010).

ATXOTEGUI, JOSEBA (2008): «Duelo migratorio extremos: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)», en AHMAD BEIRUTI, NABIL Y OTROS (coords.): *Salud mental en la Inmigración. Monografía I*, Redisir. Colección inmigración y salud, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

AUGÉ, MARC (1996): *El sentido de los otros*, Barcelona, Paidós.

AYA, ABDELMUMIN (2013): «¿Por qué sólo el hombre tiene derecho al repudio?», *WebIslam*, Disponible en www.webIslam.com/articulos/29522-por_que_solo_el_hombre_tiene_derecho_al_repudio.html (Fecha de consulta 27/10/2013).

AYUNTAMIENTO DE CASTELLÓN (2010): «Estudio Diagnóstico. Población inmigrante de Castellón de la Plana 2010» Disponible en https://www.castello.es/archivos/862/Estudio_diagnostico_poblacion_inmigrante_CS.pdf (Fecha de consulta 18/11/2014)

AYUNTAMIENTO DE CASTELLÓN (2012): «Localización», Disponible en www.castello.es/generico.php?cod1=30&cod2=178 (Fecha de consulta 11/10/2012).

AYUNTAMIENTO DE CASTELLÓN (2012): «Padrón Municipal», años 2008-2012.

AYUNTAMIENTO DE VILA-REAL (2012): «Padrón Municipal», años 2008-2012

BALBO, EDUARDO (2004): «Salud mental e inmigración marroquí», *Salud Global*, año IV, número 4.

BALBO, EDUARDO Y GUSTAVO PIS-DIEZ (2007): «El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes», *Archivos de Psiquiatría*, 70(3), 173-188.

BAUMAN, ZYGMUNT (2007): *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*, Barcelona, Tusquets.

BECK, ULRICH (2008): «Reinventar Europa: una visión cosmopolita», *Quaders de la Mediterrànea*, n° 10, pp319-325, Disponible en www.iemed.org/publicacions/quaders/10/q10_319article.pdf (Fecha de consulta 27/10/2013).

BELTRÁN, MIGUEL (2004): «Valor» en GINER, SALVADOR Y EMILIO LAMO DE ESPINOSA: *Diccionario de Sociología*, Madrid, Alianza.

BENAICH, KADIJA (2013): «Ramadan sans Tramdina serait-il Ramadan», *L'opinion*, 20 Juillet, Disponible en http://www.lopinion.ma/def.asp?codelangue=23&id_info=33790&date_ar=2013-7-21 (Fecha consulta, 8 Noviembre 2014)

BENHABIB, SEYLA (2005): *Los derechos de los otros. Extranjeros, residentes y ciudadanos*, Barcelona, Gedisa.

BENHABIB, SEYLA (2006): *Las reivindicaciones de la cultura. Igualdad y diversidad en la era global*, Buenos Aires, Katz.

BERMANN, SOLEDAD I KATIA LURBE (2008): *La salut i el Marroc. Guia de suport per als professionals sanitaris sobre l'atenció sanitària a la població immigrada porcedent del Marroc, Pla director d'immigració*. Departament de Salut, Barcelona, Generalitat de Catalunya.

BIZE, HASAN (2008): «Islam y salud: la Medicina Profética», *Revista Alif*, n° 62, Julio Disponible en www.libreria-mundoarabe.com/Boletines/n%BA62%20Jul.08/AlifNun62.htm (Fecha de consulta 24/05/2010).

BOLAÑOS, JORGE Y ALBERTO ACOSTA (2009): «Una teoría de los conflictos basada en la complejidad», en MUÑOZ, FRANCISCO A. Y BEATRIZ MOLINA (eds): *Pax Orbis. Complejidad y conflictividad de la paz*, Granada, Eirene.

BOFF, LEONARDO (2002): *El cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la Tierra*, Madrid, Trotta.

BOTT, ELIZABETH (1990): *Familia y red social*, Madrid, Taurus.

BOULDING, KENNETH (1993): *Las tres caras del poder*, Barcelona, Paidós.

BRAMON, DOLORS (2003): «La diversidad del Islam: del desconocimiento al entendimiento», *Convergencia. Revista de ciencias Sociales*, Año 10, Nùm. 33, Septiembre-Diciembre.

CANO, MARÍA JOSÉ Y OTROS (2004): «Diálogos e investigaciones Trans Culturales y Disciplinarias», *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, Enero-Abril, nº 34, México, UAEM.

CARRERO, VIRGINIA, Y OTROS (2012): «Teoría fundamentada Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual», *Cuadernos Metodológicos*, nº37 2ª edición revisada, Madrid, CIS.

CASA ÁRABE (2007): «Musulmanes en la unión Europea: discriminación e islamofobia. Percepciones sobre discriminación e islamofobia», *Documentos de Casa Árabe*, nº 1, Madrid, Casa Árabe-IEAM

CASADO, IRINA Y HUGO VALENZUELA (2008): «Representaciones de salud en poblaciones musulmanas: aproximación etnográfico-comparativa a inmigrantes pakistaníes e *imazighen* de Marruecos», en Piella, Anna y otros (coord.): *Construyendo intersecciones: aproximaciones teóricas y aplicadas en la s relaciones entre los ámbitos del parentesco y la atención a la salud en contexto intercultural*, Disponible en www.euskomedia.org/PDFAnlt/antropologia/11/08/08041063.pdf (Fecha de consulta 21/05/2010).

CEIMIGRA (2009): «Miradas desde las migraciones. Nuevos ciudadanos, con África en el corazón», Informe Anual sobre Migraciones e Integración CeiMigra 2008, Valencia, - CeiMigra.

CHEBEL, MALEK (2000): *Symbols of Islam*, New York, Assouline.

CHECA, FRANCISCO (1998): «La culturización del dolor. Salud y enfermedad en los inmigrantes africanos, en CHECA, FRANCISCO (ed): *Africanos en la otra orilla. Trabajo, cultura e integración en la España mediterránea*, Barcelona, Icaria.

CHECA, FRANCISCO Y OTROS (2003): «Los autóctonos y los otros. El problema de la representación cultural», *Paralelo* 37, nº 18, 43-52.

CIERVAL (2009): «Monográfico de la provincia de Castellón», *Barómetro empresarial de la Comunidad Valenciana. Resumen ejecutivo* 2009, Deloitte-Generalitat Valènciana Disponible en intranet.cierval.es/documentos_interes/33_doc_interes.pdf (Fecha de consulta 9/10/2012).

COFFEY, AMANDA Y PAUL ATKINSON (2005): *Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*, Universidad Alicante, Alicante.

COLLIÈRE, MARIE-FRANÇOISE (1993): *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana.

COMELLES, JOSEP M^a. Y ÁNGEL MARTÍNEZ HERNÁEZ (1993): *Enfermedad, Cultura y Sociedad*, Madrid, Eudema.

COMELLES, JOSEP. M^a. (2004): El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI, en FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO (ed): *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Quito, Abya Yala-UCLM.

COMINS, IRENE, SONIA PARIS Y VICENT MARTÍNEZ GUZMÁN (2011): «Hacer las paces imperfectas: entre el reconocimiento y el cuidado», en MUÑOZ, FRANCISCO A. Y JORGE BOLAÑOS: *Los hábitos de la paz. Teorías y prácticas de la paz imperfecta*, Granada. Eirene.

COMINS, IRENE Y FRANCISCO A. MUÑOZ (2013): *Filosofías y praxis de la paz*, Barcelona, Icaria.

COFFEY, AMANDA Y PAUL ATKINSON (2005): *Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*, Alicante, Publicaciones Universidad Alicante

COX, ROBERT (1993): «Gramsci, hegemony and relations: an essay in method» en GILL, STEPHEN. (ed): *Gramsci, Historical Materialism and International Relations*, Newcastle upon Tyne, Cambridge University Press. pp. 49-66.

CRAPANZANO, VINCENT (1980): *Tuhami: portrait of a Moroccan*, Chicago, The University of Chicago Press.

CSORDAS, THOMAS J. (1990): «Embodiment as a Paradigm for Anthropology», *Ethos*, Vol.18, nº 1, Marzo 5-47. Disponible en [www://openwetware.org/images/5/54/Csordas.pdf](http://www.openwetware.org/images/5/54/Csordas.pdf) (Fecha de consulta (1/03/ 2013).

DE LAS CAGIGAS, ISIDRO (1950): «Introducción al estudio jurídico-administrativo de la institución del Habús en Marruecos», *Cuadernos de Estudios Africanos*, nº 10, 9-22. Disponible en dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2496781 (Fecha de consulta 24/05/2010).

DE MEÑACA, ARANTZAZU (2004): «Salud y migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar», en FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO (ed): *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Quito, Abya Yala-UCLM.

DE MEÑACA, ARANTZAZU (2007a): «Sistema sanitario e Inmigración. El papel de la cultura», en ESTEBAN, MARI LUZ (ed.): *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Bilbao, Osalde- OP.

DE MEÑACA, ARANTZAZU (2007b): «Antropología, salud y migraciones. Procesos de autocuidado en familias migrantes ecuatorianas», [Tesis Doctoral (no publicada)], Dirigida por COMELLES, JOSEP M^a Y ROSARIO OTEGUI, Tarragona, DAFITS-Universitat Rovira i Virgili.

DE PAZ, CÁNDIDO (2009): «Hammam. Cuando el baño es un placer», en *Jano-Medicina y Humanidades*, 21 Mayo, Disponible en www.jano.es/jano/ocio/cultura/grandes/reportajes/hammam/cuando/bano/placer/f-303+iditem-3663+idtabla-4 (Fecha de consulta 19/05/2010).

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DDHH (1948).

DÍAZ OLALLA, JOSÉ MANUEL Y OTROS (2008): *Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española*, Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud.

DOUGLAS, MARY (1996): *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*, London, Routledge.

EL-BACHOUTI, MOHAMMED (2013) «European Muslims: incentives to integration», *Papers of dialogue*, nº3, July-September,12-15 Disponible en issuu.com/papersofdialogue/docs/pod_english?e=8094357/5428167 (Fecha de consulta, 29/XI/2013)

EL KADAoui MOUSSAOUI, SAÏD (2008): «Duelo o repetición. Inmigrantes de segunda generación», en COMELLES, JOSEP M. Y MARIOLA BERNAL (eds): *Salud mental, Diversidad y Cultura*, Madrid, A.E.N/Estudios.

ELÍA SHAMSUDDÍN, RICARDO HORACIO (2005): *La civilización del Islam. Pequeña enciclopedia de la cultura, las artes, las ciencias, el pensamiento y la fe de los pueblos musulmanes*, Fundación Cultural Oriente, Qom-Irán . Edición electrónica revisada del Instituto Argentino de Cultura Islámica (sin fecha). Disponible en www.organizacionIslam.org.ar/civilizacion/civili.htm (Fecha de consulta 25/04/2010).

EL NOBLE CORÁN (*Edición bilingüe preparada por Abdel Ghani Melara Navio*) (s/f), AlMadina-Almonawara, Arabia Saudí.

EL PAÍS (2009): «Musulmán, español... y punto», *El País Semanal*, Domingo, 28 de Junio, nº 1709.

ESCRIG, MARÍA LIDÓN (2008): «La salud de la población inmigrante en España: marginación, exclusión, desafíos y realidades», *Trabajo Social y Salud*, nº59, Marzo, Zaragoza, Asociación Trabajo Social y Salud.

ESCRIG, MARÍA LIDÓN (2009): «Las relaciones entre sistemas médicos en un mundo intercultural: una mirada desde la teoría del reconocimiento», en PARIS ALBERT, SONIA E IRENE COMINS MINGOL (eds): *Filosofía en acción. Retos para la paz en el siglo XXI*, Castellón, Universitat Jaume I.

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA-EASP (2013): «La salud de las personas inmigrantes en el contexto de crisis económica. Previsión del impacto del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril», *Resumen Ejecutivo-EASP*, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta Andalucía.

ESTEVE. FONDO DOCUMENTAL DE PSIQUIATRÍA (2010): «Psiquiatría-Inmigración. Norte de África y Asia Menor de cultura musulmana», Disponible en www.psiquiatraldia.com/eWebs/ListDocumentos.do?idContenedor=198766 (Fecha de consulta 26/04/2010).

FASSAERT, THIJS Y OTROS (2009): «Acculturation and psychological distress among non-western muslim migrants- a population-based Surrey», *International Journal of Social Psychiatry*, November, 19.

FERNÁNDEZ MOLINA, MIGUEL ÁNGEL (2006): *Antropología de los cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural*, Alicante, Cecova.

FONER, NANCY (1999): «Anthropology and the Study of migration», *American Behavioral Scientist*, Vol.42, Nº 9, June/July, 1268-1270.

FOUCAULT, MICHEL (1992): *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta.

FOUCAULT, MICHEL (2000): *Un diálogo sobre el poder*, Madrid, Alianza.

FRA (2009): «EU-MIDIS at a glance. Introduction to the FRA's EU-wide discrimination survey», Budapest, European Union Agency for Fundamental Rights.

FRA-MUSLIMS (2009): «EU-MIDIS. Introduction to the FRA's EU-wide discrimination survey. Data in focus Report/Muslims», Budapest, European Union Agency for Fundamental Rights.

FUERTES, C. Y M.A. MARTÍN LASO (2006): El inmigrante en la consulta de atención primaria», *Anales*, Volumen 29, Suplemento 1.

GALTUNG, JOHAN (1996): *Peace by peaceful means. Peace and conflict, development and civilization*, Oslo, PRIO.

GARCÍA CAMPAYO, JAVIER Y MARTA ALDA DÍEZ (2005): *Salud mental e inmigración*, Madrid, Edikamed.

GARCÍA CANCLINI, NÉSTOR (2001): *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, Barcelona, Paidós.

- GARCÍA CANCLINI, NÉSTOR (2006): *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*, Barcelona, Gedisa.
- GARCÍA MENÉNDEZ, S. Y OTROS (2003): «Magreb», en ALONSO, A Y OTROS: *Guía de atención al inmigrante*, Madrid, Ergon.
- GARRIDO, SAMUEL (2010): «La transformació d'un model econòmic», en GIL VICENT, VICENT (dir.): *Història de Vila-real*, Vila-real, Ajuntament de Vila-real.
- GEERTZ, CLIFFORD (1992): *Observer l'Islam. Changements religieux au Maroc et Indonésie*, Paris, Editions La Découverte.
- GEERTZ, CLIFFORD (1996): *Los usos de la diversidad*, Barcelona, Paidós.
- GENTIL, ISABEL (2002): «Estudio socio-sanitario en población inmigrante marroquí», *Cultura de los cuidados*, 2º semestre, Año IX-Nº 17, 54-58.
- GENTIL, ISABEL (2005): «Educación para la salud a inmigrantes marroquíes», *Cultura de los cuidados*, 2º semestre, Año VI-Nº 12, 40-46.
- GENTIL, ISABEL (2007): «Inmigrantes marroquíes: el estrés inicial», *Ilu. Revista de Ciencias de las Religiones*, nº21, pg 97-106, Universidad Complutense.
- GHALIOUN, BURHAN (2003): «Por una civilización de la confianza», *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 61-62
- GIJÓN, Mª TERESA Y OTROS. (2006): «Más allá de la diferencia, tras el cristal de la diversidad. La “inmigración” en la literatura biomédica en España», en FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO (coord.): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito, Abya Yala-UCLM.
- GIJÓN, Mª TERESA Y OTROS. (2008): «Repertorio bibliográfico sobre «inmigración y salud» en España», en FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO y otros (eds): *La diversidad frente al espejo. Salud, Interculturalidad y Contexto Migratorio*, Quito, Abya Yala-UCLM.
- GIL, VICENT, VICENT (2010): «La consolidació de la societat», en GIL VICENT, VICENT (dir.): *Història de Vila-real*, Vila-real, Ajuntament de Vila-real.

GIMENO FELIU, LA. Y M. LASHERAS (2009): «Estudio FAPI. Frecuentación en A.P por inmigrantes», *Ponencia del XXIX Congreso de La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*, Noviembre, Barcelona. Disponible en www.semfyc2009.com/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=496 (Fecha de consulta 5/05/2010).

GIRARDEAU, KARINA (2006): «El psicoanálisis en Marruecos: reseña histórica y balance de la situación Jalil Bennani», *Los nuevos desafíos del Psicoanálisis en Europa: Conferencia para las Terceras Jornadas de la Federación Europea de Psicoanálisis*, Estrasburgo, Noviembre, Disponible en www.psf-esp.com/spip.php?article21 (Fecha de consulta 25 /03/2010).

GÓMEZ PASTOR, A.M. Y M.T. DE MIGUEL (2009): «Atención al inmigrante recién llegado», en MORERA JOAQUÍN Y OTROS (ed.): *Manual de atención al inmigrante*, Madrid, Ergon.

GONZÁLEZ VÁZQUEZ, ARACELI (2005): «La religiosidad popular en el Norte de Marruecos: el culto a los santos en la Qabila Gzaua», *Actas del Primer Congreso del Foro de Investigadores sobre Mundo Árabe y Musulmán*, Barcelona, Bellaterra 17-19 Marzo. Disponible en www.fimam.org/Araceli%20Gonz%20E11ez.pdf (Fecha de consulta 5-03-2010).

GOYTISOLO, JUAN. (2008): «Convivencia con el Islám», *Quaderns de la Mediterrània* n° 10, *Intercultural Dialogue between Europe and the Mediterranean*, Institut Europeu de la Mediterrània. Disponible en www.iemed.org/publicacions/quaderns/10/q10_343.pdf (Fecha de consulta, 16-6-2009)

GRAMSCI, ANTONIO (1997): *Gramsci. Le opere. La prima antología di tutti gli scritti*. A cura di Antonio A. Santucci, Roma, Riuniti.

GRAMSCI, ANTONIO (1983): *El Materialisme Históric y la filosofía de Croce*, Barcelona, Laia.

GUNN, SIMON (2011): *Historia y teoría cultural*, Valencia, Publicaciones Universidad Valencia.

HAMMAD, ADNAN Y OTROS (1999): «Guide to Arab Culture: «Health care delivery to the Arab American Community», *Series of Research*, Report nº 7, Dearborn, Arab Community Center for Economic and Social Services.

HAMMERSLEY, MARTYN Y PAUL ATKINSON (1994): *Etnografía. Métodos de investigación*, Barcelona, Paidós.

HAMZA, ABDELMALIK (2009): «El legado científico del mundo islámico», *Revista Alif-Ciencia y Tecnología* nº 70 Mayo. Disponible en www.webIslam.com/?idt=12862

(Fecha de consulta 25/04/2010).

HANNERZ, ULF (1998): *Conexiones transnacionales. Cultura, gente, lugares*, Madrid, Cátedra.

HARRIS, MARVIN (1993): *Introducción a la Antropología General*, Alianza, Madrid.

HELMAN CECIL. G. (2007): *Culture, Health and Illness*, Oxford, Hodder Arnold.

HERNÁNDEZ PLAZA, SONIA Y OTROS (2005): «Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes», en *Anales de Psicología*, volumen 21, nº 2 (diciembre), 304-315.

HONNETH, AXEL (1997a): *La lucha por el reconocimiento*, Barcelona, Crítica.

HONNETH, AXEL (1997b): «Reconocimiento y obligación moral», *Areté, Revista de Filosofía*, Vol IX, Nº 2.

HONNETH, AXEL (2009): *Patologías de la razón. Historia y actualidad de la Teoría Crítica*, Kratz, Buenos Aires.

HRW ATLAS MUNDIAL (2006): «Marruecos», Disponible en http://go.hrw.com/atlas/span_hm/morocco.htm (Fecha consulta 6/6/2013).

IBN BAṬṬŪṬA (2005): *A través del Islam*, Madrid, Alianza.

IBN 'AṬṬĪBA (2010): «Kitāb at-Tasāwwuf», *Vocabulario Sufí*, Traducción de 'ABD AL-WĀHID GUTIÉRREZ ONTIVEROS. Disponible en,

www.musulmanesandaluces.org/publicaciones/voc.%20sufi/Voc.%20Sufi-1.htm

(Fecha de consulta 1/05/2010).

INGLEHART, RONALD (1993): *La transition culturelle dans les sociétés industrielles avancées*, Económica, Paris.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA-INE (2012): «Estadísticas territoriales», Disponible en www.ine.es/FichasWeb/Welcome.do (Fecha de consulta 11/10/2012).

INSTITUTO VALENCIANO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS-IVIE (2012): «Desarrollo Humano en España 1980-2007», IVIE-Bancaja. Disponible en www.ivie.es/downloads/desarrollo_humano_2010/series.html (Fecha de consulta 11/10/2012).

ISLAMIC COUNCIL OF QUEENSLAND (1996): «Health care providers' handbook on muslim patients», Queensland, Multicultural Health Grants Program.

JAHANBEGLOO, RAMIN (2007): *Elogio de la diversidad*, Barcelona, Arcadia.

JANSÁ, JOSEP MARÍA Y PATRICIA GARCÍA DE OLALLA (2004): «Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos», *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl), 207-13.

JANSÁ, JOSEP MARÍA (2008): «Políticas de salud pública e inmigración»; en GARCÍA ROCA, JOAQUÍN Y JOAN LACOMBA: *La inmigración en la sociedad española. Una radiografía multidisciplinar*, Barcelona, Bellaterra.

KLEINMAN, ARTHUR. (1980): *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley, University of California Press.

LACOMBA, JOAN (2001): *El Islam inmigrado. Transformaciones y adaptaciones de las prácticas culturales y religiosas*, Madrid, Secretaría General Técnica-Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

LACOMBA, JOAN (2009): «Inmigrantes y musulmanes: exclusión e integración en el nuevo medio», Documento de trabajo nº5, Abril, *Documentos de trabajo de Casa Árabe*, Casa Árabe-IEAM, pp. 3-17.

LA MAISON DE L'ISLAM (2008): «L'hygiène en Islam», O- La vie quotidienne Disponible en www.maison-Islam.com/articles/?p=304 (Fecha de consulta 19/05/2010).

LA PARRA, DANIEL (2002): «El impacto de la exclusión en la salud: una forma de violencia cultural», Alternativas: cuadernos de trabajo social, Nº 10, pp. 261-268.

LA PARRA, DANIEL (2007): «La imagen de España y Marruecos en la prensa marroquí y española durante el incidente del islote de Perejil (Leyla)», Revista CIDOB d'afers internacionals, Nº 79-80, pp. 145-165.

LÓPEZ GARCÍA, BERNABÉ Y FERNANDO BRAVO LÓPEZ (2008): «Visiones del Islam y la inmigración musulmana. Un intento de clasificación», en GARCÍA ROCA JOAQUÍN Y JOAN LACOMBA (eds.): *La inmigración en la sociedad española. Una radiografía multisicliplinar*, Barcelona, Bellaterra.

LÓPEZ, MARIO (2004): «Poder, Política y Noviolencia», en BEATRIZ. MOLINA Y FRANCISCO A. MUÑOZ: *Manual de paz y conflictos*, Granada, Eirene.

LORENTE, MARCELO Y FRANCISCO A. MUÑOZ (2003): «Concordia: una propuesta clásica para la paz», en PÉREZ, CARMELO Y FRANCISCO A. MUÑOZ (eds): *Experiencias de paz en el Mediterráneo*, Eirene, Granada.

LORENTE DIEGO Y LUCIA ALONSO (2007): «Situación del Racismo en España. Shadow report ENAR», *Enar-España*. Disponible en <http://hl35.dinserver.com/hosting/fuso.es/uso/media/informeendar.pdf> (Fecha de consulta 23-11-2014)

LOUHAMAME, MOUNA (2009): «Magreb», en MORERA, JOAQUÍN Y OTROS (eds): *Manual de Atención al Inmigrante*, Madrid, Ergon.

LUHMANN, NIKLAS (2005): *Confianza*, Barcelona, Anthropolos.

LURBE, KÀTIA Y ENRIQUE SANTAMARÍA (2007): «Entre (nos)otros... o la necesidad de re-pensar la construcción de las alteridades en contextos migratorios», *Papers*, 85, 57-69.

LYOTARD, JEAN-FRANÇOIS (1998): «Los derechos de los otros», en SHUTE, STEPHENS Y SUSAN HURLEY (ed): *De los derechos Humanos. Las conferencias Oxford Amnesty 1993*, Madrid, Trotta.

MAALOUF, AMIN (1999): *Identidades asesinas*, Madrid, Alianza.

MADRID CONVIVE (2006): «Las necesidades mortuorias por el rito musulmán. Análisis comparativo entre Madrid, Francia y el Reino Unido», Serie Informes N° 4 Abril, Madrid, Observatorio del las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid.

MALGESINI, GRACIELA (2002): «Migraciones, sanidad y salud», en AGUIRRE MARIANO Y CLAUDIA CLAVIJO (Eds): *Informe sobre el Estado del Bienestar. Las Migraciones*, Madrid, FUHEM.

MARANDON, GÉRARD (2003): «Más allá de la empatía, hay que cultivar la confianza: claves para el reencuentro intercultural» *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, núm. 61-62, pp. 75-98.

MARTÍN MORILLAS, JOSÉ MANUEL (2003): *Los sentidos de la violencia*, Granada, Eirene.

MARTÍN MUÑOZ, GEMMA (2007): «Musulmanes en Europa: entre Islam e islamofobia», en *Musulmanes en la Unión Europea: discriminación e islamofobia. Percepciones sobre discriminación e islamofobia. Voces de miembros de las comunidades musulmanas en la Unión Europea*. Documentos de Casa Árabe, nº1, Madrid. Disponible en publicaciones.casaarabe-ieam.es/documentos_de_casa_arabe/DCA001.pdf (Fecha de consulta 16-6-2009)

MARTINCANO, JOSÉ L. Y GARCÍA CAMPAYO, JAVIER (2004): «Psicología, Psicopatología y Psiquiatría de la inmigración» en GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, VICTOR M. Y RAMÓN GONZÁLEZ CORREALES: *Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante. Retos en la salud mental del siglo XXI en Atención Primaria*, Novartis-Semergen, Madrid.

MARTÍNEZ GUZMÁN, VICENT (2001): *Filosofía para hacer las paces*, Barcelona, Icaria.

MARTÍNEZ GUZMÁN, VICENT (2005): *Podemos hacer las paces. Reflexiones éticas tras el 11-S y el 11-M*, Bilbao, Desclée.

MARTÍNEZ GUZMÁN, VICENT (2010): «Cómo pensar la paz: una perspectiva desde la filosofía para hacer las paces», en FUNDACIÓN SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN PARA LA PAZ8 (ed.): *Todavía en busca de la paz. 1984-2009*, Colección “Actas”, 78, Serie

“Estudios para la paz”, 24, Zaragoza, Gobierno de Aragón, Departamento de Educación, Cultura y Deporte. Disponible en www.seipaz.org/documentos/78.Todavia.pdf (Fecha de consulta 21/03/2013).

MARTÍNEZ HERNÁEZ, ÁNGEL (2008a): «Antropología y salud mental: dilemas y desafíos contemporáneos», en AHMAD BEIRUTI, NABIL Y OTROS (coords.): *Salud mental en la Inmigración. Monografía I, Redisir, Colección inmigración y salud*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

MARTÍNEZ HERNÁEZ, ÁNGEL (2008b): *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona, Anthropos.

MARTÍNEZ MUIÑO, LUIS (2006): «Salud mental e inmigración», en ALONSO, ALBERTO, Y OTROS (eds): *Guía de Atención al Inmigrante*, Madrid, Ergón.

MARTÍNEZ VEIGA, UBALDO (1997): *La integración social de los inmigrantes extranjeros en España*, Colección Estructuras y Procesos, Serie 1º de Mayo, Madrid, Trotta.

MARTUCCELLI, DANILO (2013): «Solidaridad, individuación y globalización», *Documentos CIDOB-Dinámicas Interculturales*, 17-Marzo, pp. 1-13

MATEO DIESTE, JOSEP LLUIS (2008): «Sistemas Médicos y racionalidades curativas en Marruecos. Un panorama general», en FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO y otros (eds): *La diversidad frente al espejo. Salud, Interculturalidad y Contexto Migratorio*, Quito, Abya Yala-UCLM.

MATEO DIESTE, JOSEP LLUIS (2010): *Salud y ritual en Marruecos. Concepciones del cuerpo y prácticas de curación*, Barcelona, Bellaterra.

MAX-NEEF, MANFRED, ANTONIO ELIZALDE Y MARTÍN HOPENHAYN (1998): «Desarrollo y necesidades humanas», en MANFRED A. MAX-NEEF: *Desarrollo a Escala Humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*, Icaria, Barcelona.

MEAD, GEORGE H. (1999): *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del constructivismo social*, Barcelona, Paidós.

MENÉNDEZ, EDUARDO L. (1994): «La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional», *Alteridades*, nº4 (7), Pág. 71-83.

MENÉNDEZ, EDUARDO L. (2005): «Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos», *Revista de Antropología Social*, 14; 33-69.

MENÉNDEZ, EDUARDO L. (2006): «Interculturalidad, ‘diferencias’ y Antropología ‘at home’. Algunas cuestiones metodológicas», en FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO (coord.): *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito, Abya Yala-UCLM.

MENÉNDEZ, EDUARDO L. (2008): «Los otros y nosotros: la parte negada de la cultura», en COMELLES, JOSEP M. Y MARIOLA BERNAL (eds): *Salud mental, Diversidad y Cultura*, Madrid, A.E.N/Estudios.

MENÉNDEZ, EDUARDO L. (2012): «Metodología cualitativa. Varios problemas y reiteradas omisiones», *Index de Enfermería*, Primer-Segundo Trimestre, Vol. 21, N 1-2.

MERNISSI, FATEMA (2003): *El poder olvidado*, Barcelona, Icaria-Antrazyt.

MERNISSI, FATEMA (2010): «El *adab*, o aliarse con el extranjero como estrategia para vencer en un planeta globalizado», *Quaderns de la Mediterrànea*, 14, pp.262-265, Disponible en www.iemed.org/publicacions/quaderns/14/qm14_pdf_esp/15.pdf (Fecha de consulta 25/03/2013).

MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN (2009): «La comunidad musulmana de origen inmigrante en España», *Encuesta de opinión 2008-Metroscopia*, Plan Nacional para la Alianza de Civilizaciones, 11 de Febrero.

MOLINA RUEDA, BEATRIZ (2006): «Paz religiosa, paz cultural: la tradición coránica», *Actas del V Congreso Internacional Diálogo entre las religiones para la Justicia, la Libertad y la Paz en el mundo*, Publicación del Secretariado Trinitario de Córdoba, Córdoba, pp. 97-119.

MORERAS, JORDI (2004a): «La religiosidad en contexto migratorio: pertenencias y observancias» en LÓPEZ GRACÍA, BERNABÉ Y MOHAMED BERRIANE: *Atlas de inmigración marroquí en España*, Taller de Estudios Internacionales Mediterráneos, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.

MORERAS, JORDI (2004b): «Morir lejos de casa: la muerte en contexto migratorio» en LÓPEZ GRACÍA, BERNABÉ Y MOHAMED BERRIANE: *Atlas de inmigración marroquí en España*, Taller de Estudios Internacionales Mediterráneos, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.

MUÑOZ, FRANCISCO A. Y JAVIER RODRÍGUEZ (1997): «Horizontes de la investigación sobre la Paz» en MUÑOZ, FRANCISCO A. Y M^a JOSÉ, CANO (eds): *Hacia un mediterráneo pacífico*, Granada.

MUÑOZ, FRANCISCO A. Y MARIO LÓPEZ. (2000): *Historia de la paz. Tiempos, espacios y actores*, Granada, Eirene.

MUÑOZ, FRANCISCO, A. (2004): «La Paz», en MOLINA RUEDA, BEATRIZ Y FRANCISCO, A. MUÑOZ (eds): *Manual de paz y conflictos*, Granada, Eirene.

MUÑOZ, FRANCISCO A., JOAQUÍN HERRERA, BEATRIZ MOLINA, SEBASTIÁN SÁNCHEZ (2005): *Investigación de la Paz y los Derechos Humanos desde Andalucía*, Granada, Eirene.

MUÑOZ, FRANCISCO A. Y BEATRIZ MOLINA (2009): «*Pax Orbis*: Complejidad e imperfección de la Paz», en MUÑOZ, FRANCISCO A. Y BEATRIZ MOLINA (eds): *Pax Orbis: Complejidad y conflictividad de la Paz*, Granada, Eirene.

MUÑOZ, FRANCISCO, A. Y JORGE BOLAÑOS (2011): «La praxis (teoría y práctica) de la Paz Imperfecta» en MUÑOZ, FRANCISCO, A. Y JORGE BOLAÑOS (eds.): *Los habitus de la paz. Teorías y prácticas de la Paz Imperfecta*, Granada, Eirene.

MUÑOZ, FRANCISCO A. Y CÁNDIDA MARTÍNEZ (2011): «Los habitus de la paz imperfecta», en MUÑOZ, FRANCISCO, A. Y JORGE BOLAÑOS (2011): *Los habitus de la paz. Teorías y prácticas de la paz imperfecta*, Granada, Eirene.

NAIR, PARVATI (2006): *Rumbo al Norte. Inmigración y movimientos culturales entre el Magreb y España*, Barcelona, Bellaterra.

NASH, MARY (2000): «Prólogo», en AIXELÁ, YOLANDA: *Mujeres en Marruecos. Un análisis desde el parentesco y el género*, Barcelona, Bellaterra.

NASR, SEYYED HUSEIN (2008): «Ciencia y civilización en el Islam», *Revista Alif Nûn*, nº63, Septiembre. Disponible en www.libreria-mundoarabe.com/Boletines/n%BA63%20Sep.08/CienciaCivilizacionIslam2.htm#alla-vamos2 (Fecha de consulta 25-04-2010).

OBSERVATORIO DEL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA-ODUSALUD (2014): «Informe nº 8», Disponible en <https://docs.google.com/file/d/0B6xOMLiL6YCzTnFmcjICbm45d0k/edit?pli=1> (Fecha de consulta, 23/11/2014).

OFICINA NACIONAL MARROQUÍ DE TURISMO (2013): «Marruecos», disponible en www.turismomarruecos.com/pais/presentacion/geografia/set.html (Fecha de consulta, 25/07/2013)

OLIVIER DE SARDAN, JEAN-PIERRE (1995): «La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie», *Enquête, Cahiers du CERCOM*, nº1: *Les terrains de l'enquête*, pp 71-109. (Cette publication électronique est une édition revue et corrigée du numéro 1 de la revue *Enquête, anthropologie, histoire, sociologie*, publiée en 1995 par les Éditions Parenthèses à Marseille.), Disponible en enquete.revues.org/document263.html (Fecha de consulta, 13/XI/2012).

ONGHENA, YOLANDA (2003): «Introducción: ¿Por qué la confianza», *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, núm. 61-62, pp. 7-16.

OPEN SOCIETY INSTITUTE (2009): «Muslims in Europe: A Report on 11 Europe Cities», *At home in Europe Project*, New York, Open Society Institute and Soros Foundation Network. Disponible en http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/a-muslims-europe-20110214_0.pdf (Fecha de consulta, 27/11/2014)

OBSERVATORIO PERMANENTE DE LA INMIGRACIÓN OPI-UJI (2012): «Extranjeros residentes en España a 30 de Junio de 2012. Principales resultados», Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Madrid, Septiembre 2012. Disponible en extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/index.html (Fecha de consulta, 25/10/2012).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS (2002): «Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005», Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS (2010): «Enfermedades tropicales», Disponible en www.who.int/topics/tropical_diseases/es/index.html (Fecha de consulta 09/10/2013).

ORGANIZACIÓN NACIONES UNIDAS (1999): «Declaración y Programa de Acción sobre una Cultura de Paz», *Asamblea General*, Resolución A/RES/53/243, 6 de Diciembre, Nueva York

ORTELLS, VICENT I RAQUEL MARTÍ (2010): «Realitat i reptes d'una ciutat al segle XXI. Vila, ravals, ciutat i societat», en GIL VICENT, VICENT (dir.): *Història de Vila-real*, Vila-real, Ajuntament de Vila-real.

ORTÍ, ROBERTO (2009): «Atención sanitaria a la población de origen magrebí», en GRUPO CRIT: *Culturas y atención sanitaria. Guía para la comunicación y la medicación intercultural*, Barcelona, Octaedro-Universitat Jaume I.

OUALD ALI, KARIMA (2006): «El estatuto jurídico de la mujer marroquí en la sociedad de origen», *Iniciación a la Investigación (Revista Electrónica)*, 1: a3, Universidad de Jaén. Disponible en revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/download/214/195 (Fecha de consulta 27/10/2013).

PLAZA DEL PINO (2010): *Cuidando a pacientes musulmanes. Las fronteras de la Enfermería en la comunicación intercultural*, Almería, Universidad de Almería.

PENNELL, C. RICHARD (2009): *Breve historia de Marruecos*, Madrid, Alianza Editorial

PERDIGUERO, ENRIQUE (2006): «Una reflexión sobre el pluralismo médico», en FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO (coord): *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito, Abya Yala-UCLM.

PERTÍÑEZ, JUDIT Y THAÏS CLUSA (2008): «Inmigración y atención sanitaria», *Humanitas. Humanidades médicas*, Nº 34, Diciembre.

PINTOS, M^a LUZ (2002): «Cuerpo de mujer y violencia simbólica: una realidad universal», en RIVERA DE ROSALES JACINTO Y M^a DEL CARMEN LÓPEZ SÁENZ (Ed.): *El cuerpo. Perspectivas filosóficas*, Madrid, UNED.

PIÑÓN, MILAGROS (1999): «Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación» [Tesis doctoral], Dirigida por COMAS, DOLORS Y JOSEP M. COMELLES, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.

PIQUERAS, ANDRÉS (2007): *Capital, migraciones e identidades. Inmigración y sociedad en el País Valenciano: el caso de Castellón*, Castellón, Universitat Jaume I.

PIZZA, GIOVANNI (2005): «Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona», *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32.

PNUD (2013): *Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*, Nueva York, PNUD, Disponible en www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2013GlobalHDR/Spanish/HD R2013%20Report%20Spanish.pdf (Fecha de consulta, 26/07/2013)

POLIT, DENISE F. Y BERNARDETTE P. HUNGLER (2000): *Investigación en Ciencias de la Salud*, México D.F., McGraw-Hill Interamericana.

PRADO, ABDENNUR (2006): «Homosexualidad en el Islam», Junta Islámica Catalana, Disponible en www.felgtb.org/files/docs/8fbc9d9e0d94.pdf (Fecha de consulta 22/05/2010).

PRAT, JOAN (coord.) (2004): *I...aixó es la meva vida. Relats biogràfics i societat*, Barcelona, Generalitat de Catalunya.

PUIGPINÓS, ROSA (2006): «La población immigrant», en BORRELL, CARME I ALTRES: *La població vulnerable a Barcelona-Informe*, Consorci Sanitari de Barcelona-Agència de Salut Pública, Barcelona.

PUJADAS, JOAN J. (1992): «El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales», *Cuadernos metodológicos*, nº 5, Madrid, CIS.

PUJADAS, JOAN J. (coord.) Y OTROS (2004): *Etnografía*, Barcelona, UOC.

QUEREDA, JOSÉ I VICENT ORTELLS (1993): *La Plana de Castelló: Estudio geográfico*, Castellón, Diputación. Colección Universitaria.

QUEROL, ANTONI I ALTRES (2010): «Realitat i reptes d'una ciutat al segle XXI. Cartografia», en GIL VICENT, VICENT (dir.): *Història de Vila-real*, Vila-real, Ajuntament de Vila-real.

RAE (2001): «Magrebí» Disponible en www.rae.es/rae.html (Fecha de consulta 14/05/2010).

RDH-50 (2006): *Le Maroc Possible. Une offre de débat pour une ambition collective. Rapport du Cinquantenaire*, Casablanca, Editions Maghrébines.

RABAH, RAJA (1999): «Health and Ealing in the Arab Middle East. The History of Arabic Medicine», COMMUNITY HEALTH & RESEARCH CENTER, ACCESS: *Guide to Arab Culture: Health Care Delivery to the Arab American Community*, Series of Research Report n° 7, Michigan, Public health Education and Research Deparment.

RAGA, FRANCISCO (2013): «Comunicación interlingüística e intercultural en la atención en salud reproductiva con mujeres de origen marroquí», *Revista de Comunicación y Salud*, Vol. 3, n° 1, pp. 5-17.

RIBAS, NATALIA (2004): *Una invitación a la sociología de las migraciones*, Barcelona, Bellaterra.

ROCA, C. Y X. DE BALANZÓ (2006): «Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad», *Anales*, Volumen 29, Suplemento 1.

ROCA I GIRONA, JORDI (2004): «Les entrevistes», en PUJADAS, JOAN J. (coord.) Y OTROS: *Etnografía*, Barcelona, UOC.

ROCA, MONSERRAT Y OTRAS (2006): «Diabetes en un centro de salud entre españoles e inmigrantes», *Pharmacy Practice*, 4(2), 79-82.

RODRÍGUEZ IBÁÑEZ, JOSÉ E. (2004): «Teoría crítica» en GINER, SALVADOR Y EMILIO LAMO DE ESPINOSA: *Diccionario de Sociología*, Madrid, Alianza

RODRÍGUEZ MEDIANO, FERNANDO (2002): «Sobre la locura en las sociedades musulmanas tradicionales», *Frenia*, Vol II-2.

ROMANÍ, ORIOL (2002): «La salud de los inmigrantes y la sociedad. Una visión desde la Antropología», *Revista de Medicina de Familia y Comunitaria*, Volumen 9, nº 7, Agosto-Septiembre, Doyma-Taurus.

ROSSI, INO Y EDWARD O'HIGGINS (1981): *Teorías de la Cultura y Métodos Antropológicos*, Barcelona, Anagrama.

RUÍZ OLABUÉNAGA, JOSÉ IGNACIO (2007): *Metodología de la investigación cualitativa*. Deusto, Universidad de Deusto.

SALUD Y CULTURA (2009): «Atención sanitaria a la población de origen magrebí. Contexto: Cultura, sociedad y atención sanitaria en el Magreb», Disponible en www.saludycultura.uji.es/magreb11.php (Fecha de consulta 23/02/2010).

SÁNCHEZ MARTÍN, MARIA JOSÉ (2004): «El código de la familia y su aplicación en España: relaciones y contradicciones», en LÓPEZ GRACÍA, BERNABÉ Y MOHAMED BERRIANE: *Atlas de inmigración marroquí en España*, Taller de Estudios Internacionales Mediterráneos, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.

SANJUÁN NÚÑEZ, LUCÍA (2007): «Entre la antropología y la medicina: salud, diversidad cultural y desigualdad social, Observatori de la Immigració Catalunya, Disponible en www.migacat.cat/document/ccd184d36a1190c.pdf (Fecha de consulta 2/05/2010).

SANDOVAL, EDUARDO A. (2003): «Guía para realizar prácticas de campo», *Guías docentes para docentes y alumnos*, 1, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México.

SANTIAGO MOLINA, ENCARNACIÓN Y OTROS (2006): «Inmigración y salud mental en crisis. Ingresos de la población inmigrante en una Unidad de Salud Mental», en SAYED-AHMAD BEIRUTÍ, NABIL (coord.): *Inmigración y Salud Mental. Cuadernos Técnicos*, Córdoba, Grupo de Salud Mental Transcultural- Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría –AEN.

SANZ, ALEXIA (2005): «El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y documentos personales», *Asclepio*-Vol. LVII-1. Disponible en asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/32/31 (Fecha de consulta, 10/XI/2012).

SAYED-AHMAD BEIRUTI, NABIL (2006): «Inmigración: adaptación y duelo», en *Inmigración y Salud Mental. Cuadernos Técnicos*, Córdoba, Grupo de Salud Mental Transcultural- Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría-AEN.

SAYED-AHMAD BEIRUTI, NABIL (2008): «El proceso de adaptación y su impacto sobre la salud mental de las personas migrantes», en AHMAD BEIRUTI, NABIL Y OTROS (coords.): *Salud mental en la Inmigración. Monografía I*, Redisir. Colección inmigración y salud, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

SEMPERE SOUVANNAVONG, JUAN DAVID (2004): «La inmigración marroquí en la Comunidad Valenciana», en LÓPEZ GRACÍA, BERNABÉ Y MOHAMED BERRIANE: *Atlas de inmigración marroquí en España*, Taller de Estudios Internacionales Mediterráneos, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.

SEPILLI, TULLIO (2003): «L'antropologia medica "at home": un quadro concettuale e la esperienza italiana», *AM, Rivista della Società Italiana di antropologia medica*, 15-16.

SEPILLI, TULLIO Y ROSARIO OTEGUI (2005): «Antropología médica crítica. Presentación» *Revista de Antropología Social*, 14, 7-23.

SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA-SVMFIC (2009): «Diabetes y Ramadán», Fichas de consulta rápida, Mayo, Disponible en www.svmfyc.org/Fichas/indice.asp (Fecha de consulta 21/05/2010).

TARRÉS, SOL (1998): «La carne en la dieta de los inmigrantes magrebíes. El caso de Sevilla», en CHECA, FRANCISCO (ed.): *Africanos en la otra orilla. Trabajo, cultura e integración en la España mediterránea*, Barcelona, Icaria.

TAYLOR, CHARLES (1994): «*The Politics of Recognition*», en TAYLOR, CHARLES (ed): *Multiculturalism. Examining the Politics of Recognition*, Princeton, Princeton University Press.

TOBER, M. DIANE AND DEBRA BUDIANI (2007): «Introduction: why Islam, Health and the body?» *Body & Society*, Vol. 13(3), 1-13, Disponible en bod.sagepub.com/cgi/content/refs/13/3/1 (Fecha de consulta 14/2/2010).

TRINIDAD, ANTONIO Y OTROS (2006): «Teoría fundamentada “Grounded Theory”: la construcción de la teoría a través del análisis interpretacional», *Cuadernos Metodológicos*, nº37, Madrid, CIS.

UMAR, ABU (1997): «Una perspectiva islámica de la sexualidad. Breve sinopsis del libro de B.F. Mussallam: Sexo y sociedad en el Islam», en Web Islam, Disponible en http://www.webislam.com/articulos/18086una_perspectiva_islamica_de_la_sexualidad.html (Fecha de consulta 23/11/2014).

UNESCO (2000): «Manifiesto 2000 por una cultura de paz y no violencia», Disponible en www3.unesco.org/manifiesto2000/sp/sp_6points.htm (Fecha de consulta 24/03/2013).

VALDÉS GÁZQUEZ, MARÍA Y RAMÓN VALDÉS DEL TORMO (1996): «Ecología y cultura», en PRAT, JOAN Y ÁNGEL MARTÍNEZ (eds): *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, Barcelona, Ariel-Antropología.

VELASCO, HONORIO Y ÁNGEL DÍAZ DE RADA (2003): *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela*, Madrid, Trotta.

VIRUELA, RAFAEL Y CONCHA DOMINGO (2002): «La dinámica inmigratoria. Perspectivas sociogeográficas», *Cuadernos de Geografía*, nº 72, págs. 113-118.

WIKIPEDIA (2012): «País Valencià», Disponible en http://ca.wikipedia.org/wiki/Pa%C3%ADs_Valenci%C3%A0 (Consulta 11/10/2012).

WIKIPEDIA (2014): «Moro», Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Moro> (Fecha de consulta 18/11/2014).

WINKELMAN, MICHAEL (2009): *Culture and health. Applying medical anthropology*, San Francisco- California, Jossey-Bass.

WHO (2013a): «Countries. Morocco», Disponible en www.who.int/countries/mar/en/index.html (Fecha de consulta, 27/07/ 2013).

WHO (2013b): «Child mortality levels: Probability of djjnng per 1000 live births by country», *Global Health Observatory Data Repository*, Disponible en apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMort-2?lang=en (Fecha de consulta 26/07/2013)

WHO (2013c): «Cause-specific mortality and morbidity: Maternal mortality ratio by country», *Global Health Observatory Data Repository*, Disponible en apps.who.int/gho/data/node.main.15?lang=en (Fecha de consulta 26/07/2013)

YIA, L. M. (2004): «El camino de sanación sufí», *Boletín Cultura Islámica*, nº 33, Diciembre. Disponible en www.Islamyal-andalus.org/control/noticia.php?id=359 (Fecha de consulta 1/05/2010).

YOURCENAR, MARGUERITE (2008): *Con los ojos abiertos*, Barcelona, Plataforma.

ZANFRINI, LAURA (2007): *La convivencia interétnica*, Madrid, Alianza Editorial.

ZAPATA-BARRERO, RICARD (2006): «The Muslim community and Spanish tradition: Maurophobia as a fact and impartiality as a desideratum», T. MODOOD, A. TRIANDAFYLLIDOU AND R. ZAPATA (eds): *Multiculturalism, Muslims and Citizenhip: a European approach*, Londres, Routledge; 143-161

ZAPATA-BARRERO, RICARD (2008): «Perceptions and Realities of Moroccan Immigration Flows and Spanish Policies», *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, Vol.6 (3). Disponible en www.haworthpress.com (Fecha de consulta 26-6-2009).

Legislación consultada

Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero, sobre *Derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*.

Ley 16/2003 de 28 de Mayo de *Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud*.

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de Abril, de *Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*.

Real Decreto 576/2013 de 26 de Julio por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se

modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3-8-2012 (RCL 2012\1123), por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Anexos

Anexo 1. Guía historias de vida

1.- DATOS INICIALES:

Número de orden de la entrevista:

Fecha:

Hora de comienzo:

Hora de final:

Lugar elegido:

Gente presente en la entrevista:

1.1.- Código del informante:

1.2.- Nombre (real o ficticio):

1.3.- Ciudad:

1.5.- Edad:

1.6.- Lugar de nacimiento:

1.7.- Estado civil: Soltero/a; Casado/da- Vive en pareja- Separado/da- Divorciado/da- Viudo/a. Nº de hijos/as:

1.8.- Tiempo de residencia en España:

1.9.- Tiempo de residencia en Castellón/área metropolitana

1.10.- Situación administrativa(Irregular- Irregular+empadronamiento- Permiso de residencia- Permiso residencia + empadronamiento. Permiso residencia+permiso trabajo+empadronamiento)

1.11.- Agrupación familiar : (si/no/en curso)

1.12.- Nivel de estudios (Sin estudios- Estudios primarios- medios- superiores)

1.13.- Ocupación en Marruecos:

1.14.- Ocupación en Castellón(En la fecha de realización de la entrevista)

1.15.- Profesa/práctica alguna religión:

1.16.- Forma de introducción a la relación con ego. Personas y entrevistas previas con otros informantes que me llevan hasta él/ella:

1.17.- Número de entrevistas previas con ego. Información de interés recogida en ellas

1.18.- INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTREVISTA

NOTAS METODOLÓGICAS

NOTAS OBSERVACIONALES

NOTAS PERSONALES

HISTORIA DE VIDA

2.- PRIMERA ETAPA DE EGO (1ªEE): (hasta que toma la decisión de emigrar)

2.1.- Estructura familiar

2.1.1.- Familia de orientación (nuclear/extensa)

2.1.2.- Nivel socioeconómico de la familia de orientación

2.1.2.- Familia de procreación (si/no):

2.2.- Recuerdos de niñez/adolescencia (feliz/no ¿por qué?)

2.2.1.- Escuela. Primeros trabajos. Amigos, ocio

2.3.- Red de relaciones sociales de Ego en Marruecos antes de la emigración

2.3.1.- Personas significativas. Grado de vinculación: familiares-amigos- grupos. Importancia de cada uno de estos grupos 0-5

2.3.1.- Redes de apoyo social (que función e importancia tenían en su vida)

2.4.- Rutinas/distracciones antes de la emigración: Cómo ocupaba su tiempo

2.5.- Toma de decisión de emigrar

2.5.1.- Autónoma/no autónoma/ reagrupación familiar

2.5.2.- Deseada/no deseada

2.5.3.- Motivaciones/ aspiraciones/ deseos/ dudas/ temores relacionados con la emigración

3.- SEGUNDA ETAPA DE EGO (2ª EE): (desde que toma la decisión hasta el primer año en el país-ciudad de acogida)

- 3.1.- Vía de entrada en el país: dificultades, proceso
- 3.2.- Tiempo hasta que encuentra su primer trabajo.
 - 3.2.1.- Dificultades, salarios percibidos acordes o no con sus expectativas.
- 3.3.- Situación administrativa. Dificultades. Impacto de esas dificultades en su vida cotidiana
- 3.4.- Relaciones familiares en la distancia:
 - 3.4.1.- Relación con su familia en el país de origen.
 - 3.4.2.- Remesas económicas, comunicaciones (teléfono, Internet...); viajes; recuerdos
- 3.5.- Condiciones de la vivienda:
 - 3.5.1.- Espacios individuales y compartidos
- 3.6.- Reorganización familiar en el país de acogida: situación familiar actual.
 - 3.6.1.- Vive con su familia (si/no ¿con quién vive?). Familia reorganizada (total/parcialmente/vive solo. Especificar miembros de la familia que viven con él /ella o en la misma ciudad)
 - 3.6.2.- Dificultades en el mantenimiento del rol parental

4.- TERCERA ETAPA DE EGO (3ªEE): (desde el primer año hasta la actualidad)

- 4.1.- Situación administrativa. Dificultades. Impacto de esas dificultades en su vida cotidiana
- 4.2.- Relaciones familiares en la distancia:
 - 4.2.1.- Relación con su familia en el país de origen.
 - 4.2.2.- Remesas económicas, comunicaciones (teléfono, Internet...); viajes; recuerdos
- 4.3.- Condiciones de la vivienda:
 - 4.3.1.- Espacios individuales y compartidos
- 4.4.- Reorganización familiar en el país de acogida: situación familiar actual.
 - 4.4.1.- Vive con su familia (si/no ¿con quién vive?). Familia reorganizada (total/parcialmente/vive solo. Especificar miembros de la familia que viven con él /ella o en la misma ciudad)
 - 4.4.2.- Dificultades en el mantenimiento del rol parental
- 4.5.- Redes migratorias (ayuda mutua)
 - 4.5.1.- Red social en su país: familia, amigos, vecindad, asociaciones, mezquita
 - 4.5.1.- En Castellón: ¿conocías a alguien al llegar?
 - 4.5.1.- ¿Quién te ayudó cuando llegaste? ¿Cómo?
 - 4.5.1.- ¿Quién te ayuda ahora cuando necesitas algo?

Anexo 2. Guía para entrevista semiestructurada r/c procesos salud-enfermedad-atención.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA: 2ª PARTE

Número de orden de la entrevista:

Fecha:

Hora de comienzo:

Hora de final:

Lugar elegido:

Gente presente en la entrevista:

Código del informante:

1. VINCULACIÓN SOCIAL

- 1.1. Identidad percibida: Por orden de importancia percibida
- 1.2. Derechos de ciudadanía
- 1.3. Sentimientos percibidos de inclusión/exclusión:
 - 1.3.1. ¿Siente que forma parte de la sociedad de acogida? Matizar aspectos y razones
 - 1.3.2. ¿Se ha sentido alguna vez rechazado? ¿por qué?
 - 1.3.3. ¿Qué te gusta/disgusta más de la sociedad acogida/de las personas de aquí? (Valorar choque cultural)
- 1.4. Reconocimiento/Discriminación identidad religiosa/ cultural en la sociedad de acogida (islamofobia-islamofilia)
 - 1.4.1. ¿Se ha sentido alguna vez rechazado por ser musulmán/a?. En qué aspectos
 - 1.4.2. ¿Cree que se respetan/entienden sus creencias religiosas y costumbres?
- 1.5. Red social país de acogida: familia, amigos, vecindad, asociaciones, mezquita
 - 1.5.1. ¿Tiene amigos/as? Son españoles/as- marroquíes... dificultades/facilidades; tiempo que pasas con ellos/as
 - 1.5.2. ¿Se siente a gusto con sus vecinos? ¿se ayudan en sus necesidades? Diferencias Marruecos-España
 - 1.5.3. Asociacionismo. Mezquita
- 1.6. Tiempo personal y tiempo social: cómo lo reparte, actividades, ocio.. Diferencias Marruecos-España
- 1.7. Percepciones sobre su país vistas desde la distancia y sus expectativas de regreso
- 1.8. Dificultades percibidas para su inclusión/vinculación social: idioma, reconocimiento de su identidad religioso cultural, barreras administrativas, laborales, de género, otras
 - 1.8.1. Racismo/xenofobia –xenofilia percibido/reales: Repercusiones percibidas en su vida y en su salud bio-psico-social

2. SALUD

- 2.1. ¿Qué es la salud para usted?
- 2.2. ¿Qué cree que favorece la salud de las personas y qué cree que la perjudica?
- 2.3. Salud percibida (cambios en la percepción antes/después de emigrar):
 - 2.3.1. ¿Cree que su salud ha mejorado, empeorado o es igual en España que en Marruecos? ¿Por qué motivos?
 - 2.3.2. Percepción de bienestar ¿dónde/cuándo se ha sentido mejor? (Marruecos-España) ¿Por qué?

3. ENFERMEDAD. CREENCIAS Y TEORÍAS CAUSALES

- 3.1. Qué es la enfermedad para usted
- 3.2. Qué cree que provoca las enfermedades
- 3.3. ¿Creía lo mismo en Marruecos? ¿ha variado en algo esta creencia desde que está aquí?
- 3.4. Rituales sociales asociados a la enfermedad: cuidado enfermos, visitas etc. Marruecos-España: Diferencias
- 3.5. Quién cuida a los enfermos en su familia.
- 3.6. Redes de solidaridad relacionadas con el cuidado de enfermos: familiares, parientes, vecindad, amigos. (Marruecos- España: Diferencias)

4. SECTORES DE SALUD: POPULAR-FOLK-PROFESIONAL (MARRUECOS-ESPAÑA):

- 4.1. Cuando se sentía enfermo ¿qué pasos seguía en Marruecos ?; ¿A quién consultaba en primer lugar? ¿Y en España?.
- 4.2. Autocuidados (sector popular):
 - 4.2.1. Remedios caseros/populares
 - 4.2.1.1. Tipos de remedios que conoce. ¿Para qué enfermedades los usa?
 - 4.2.1.2. ¿De quién y dónde los aprendió?
 - 4.2.2. ¿Utiliza estos remedios junto con los de la biomedicina?(Marruecos –España)
 - 4.2.3. Remedios populares-Automedicación y cambios en las pautas Marruecos-España
- 4.3. Medicinas tradicionales (sector Folk):
 - 4.3.1. Utilización, tipos de terapias tradicionales utilizadas y motivaciones para uso medicinas tradicionales
 - 4.3.2. Curadores tradicionales: curanderos, parteras, etc: (acceso/utilización sector folk)
 - 4.3.3. Creencias religioso-culturales: los Jinn, otras... y cambios en estas creencias tras la emigración.
- 4.4. Percepción general del sistema de salud en Marruecos (sector profesional)
 - 4.4.1. Acceso a los dispositivos de salud (fácil-difícil). Dificultades/ventajas percibidas
 - 4.4.2. Percepción de sus relaciones con los profesionales de la salud en Marruecos. Grado de satisfacción (escala de 0-5 máxima).
- 4.5. El sistema de salud español/Comunidad Valenciana (sector profesional) (Hospital/ Centro de Salud/ Salud reproductiva- Salud Mental),
 - 4.5.1. Crees que tienes los mismos derechos que la población española en la asistencia sanitaria. ¿Por qué?
 - 4.5.2. Acceso/barreras en la atención sanitaria
 - 4.5.2.1. Acceso a los dispositivos de salud (fácil-difícil). Ventajas y dificultades percibidas (barreras en la asistencia)
 - 4.5.2.2. ¿Dónde ibas/vas más al médico, en Marruecos o en España? ¿por qué?
 - 4.5.3. Utilización servicios sanitarios(él/ella/familia): urgencias; consultas ambulatorias, planificación familiar; matrona; pediatría
 - 4.5.4. Primer contacto con los servicios de salud en Castellón: motivos. Se sintió bien atendido. Grado de satisfacción (0-5)
- 4.6. Discriminación identidad política y religiosa/ cultural en la atención sanitaria
 - 4.6.1. Te has sentido alguna vez discriminado a la hora de ser atendido en el hospital o centro de salud. (por quién: médicos-enfermeras-matronas-celadores-administrativos...) ¿por qué cree que ocurre esto?
 - 4.6.2. ¿Ha notado alguna vez el racismo/xenofobia hacia ti o tu familia? Concretar ¿Conoces opiniones de otros migrantes marroquíes?

- 4.6.3. Consecuencias percibidas de la falta de reconocimiento: Acceso a dispositivos. Comunicación Confianza (sistema publico de salud- personal sanitario); bienestar físico/psicológico.
- 4.7. Reconocimiento identidad religiosa/ cultural : pertinencia cultural de los cuidados
 - 4.7.1. En el hospital. C. S, COF ¿Te has sentido alguna vez respetado/a y bien tratado/a?
 - 4.7.2. Lugares para rezar en el hospital. (facilidades/dificultades encontradas)
 - 4.7.3. La dieta en el hospital. (facilidades/dificultades encontradas)
 - 4.7.4. Visitas a los enfermos en el hospital. (facilidades/dificultades encontradas)
 - 4.7.5. Prefieres que te atienda alguien de tu mismo sexo. Se ha respetado esta necesidad en tus visita sal médico o al hospital. Te gustaría que se respetara. (facilidades/dificultades encontradas)
 - 4.7.6. Vestido
 - 4.7.7. Atención sanitaria en el parto. Atención personal sanitario. Cumplimiento de rituales con el recién nacido. Contacto físico con el recién nacido, contacto con personas externas a la familia
 - 4.7.8. Efectos positivos percibidos del reconocimiento. Acceso a dispositivos; Comunicación; Confianza (sistema publico de salud- personal sanitario); Bienestar físico/psicológico;
 - 4.7.9. Percepción de calidad de la asistencia sanitaria recibida

5. DUELO MIGRATORIO (SI/NO)

- 5.1. Causas percibidas (psicológicas-estructurales; trabajo,dificultades culturales/religiosas)
- 5.2. Síntomas percibidos. Tiempo percibido de duración de ese duelo.
- 5.3. Ha mejorado-se mantiene. ¿por qué?
- 5.4. Superación del duelo: qué-quién-ayuda especializada- redes de apoyo

6. MUERTE: CREENCIAS Y PRÁCTICAS. RITUALES

- 6.1. Creencias sobre la muerte. Actitud ante la muerte
- 6.2. Rituales sociales asociados a la muerte.
 - 6.2.1. Ritos funerarios Marruecos.
 - 6.2.2. Expresión del dolor ante la muerte.
- 6.3. Facilidades/dificultades para cumplir estos ritos en sociedad de acogida
- 6.4. Facilidades/dificultades para cumplir estos ritos en el hospital.
- 6.5. Incineración, sepultura, traslado a Marruecos de los difuntos.
- 6.6. Redes de solidaridad relacionadas con la muerte de familiares, parientes, vecinos, amigos.

7. ISLAM Y SALUD.

- 7.1. Influencia de la religión en la salud en general/en la suya en particular
- 7.2. Salud y Ramadán.
 - 7.2.1. Creencias y relaciones percibidas con la salud física-psicológica- social (familia, amistad, vinculación social)

Anexo 3. Población inmigrante marroquí en España, Comunidad Valenciana, Castellón y Vila-real

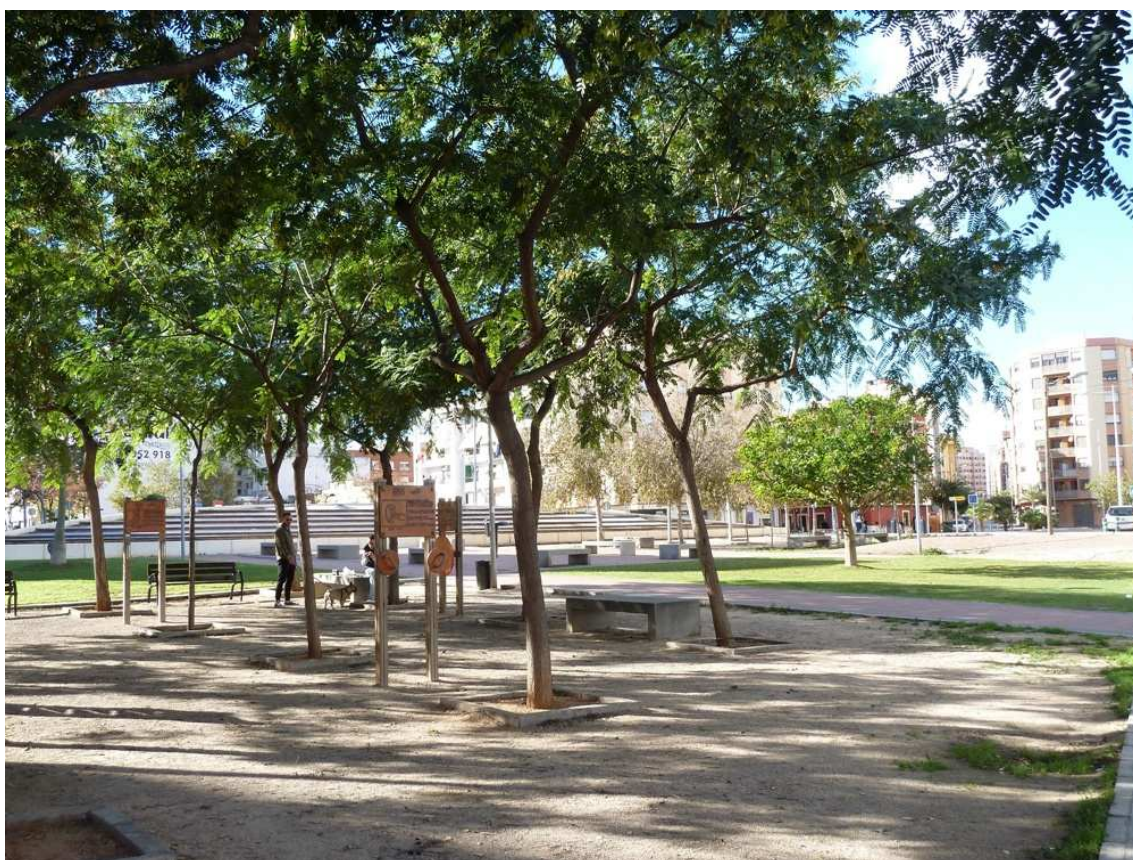
España	Total	47.212.990	
	Extranjeros	5.711.040	12,1% del total de inscritos
	Extranjeros UE	2.440.852	42,7% del total de extranjeros
	Extranjeros no UE	3.270.188	57,3% del total de extranjeros
	Marroquíes	783.137	13,7% del total de extranjeros
Comunidad Valenciana	Total	5.123.511	
	Extranjeros	879.166	17,2% del total de inscritos
	Marroquíes	77.017	8,8% del total de extranjeros
Provincia de Castellón	Total	604.344	
	Extranjeros	111.483	18,4% del total de inscritos
	Marroquíes	18.220	16,3% del total de extranjeros
Castellón de la Plana	Total	180.114	
	Extranjeros	38.419	21,2% del total de inscritos
	Marroquíes	2.503	6,51% del total extranjeros
Vila-real	Total	51.168	
	Extranjeros	6.119	12% del total de inscritos
	Marroquíes	1.762	28,8% del total de extranjeros

Fuente: Elaboración propia según datos del Padrón (INE, 2012)

Anexo 4. Documentos fotográficos



Calle Segorbe y Ronda Vinatea. Distrito 8. Castellón de la Plana.



Plaza Donoso Cortés. Tienda de comestibles. Distrito 8. Castellón de la Plana



Entorno del Centro cultural islámico (Mezquita) de Castellón. Avenida de Quevedo. Distrito 8.



Centro cultural islámico (Mezquita) de Castellón. Puerta de entrada de hombres



Centro cultural islámico (Mezquita) de Castellón. Puerta de entrada de mujeres.



Antiguo ambulatorio Castalia, Centro de Salud de referencia de la población marroquí del Distrito 8. Castellón



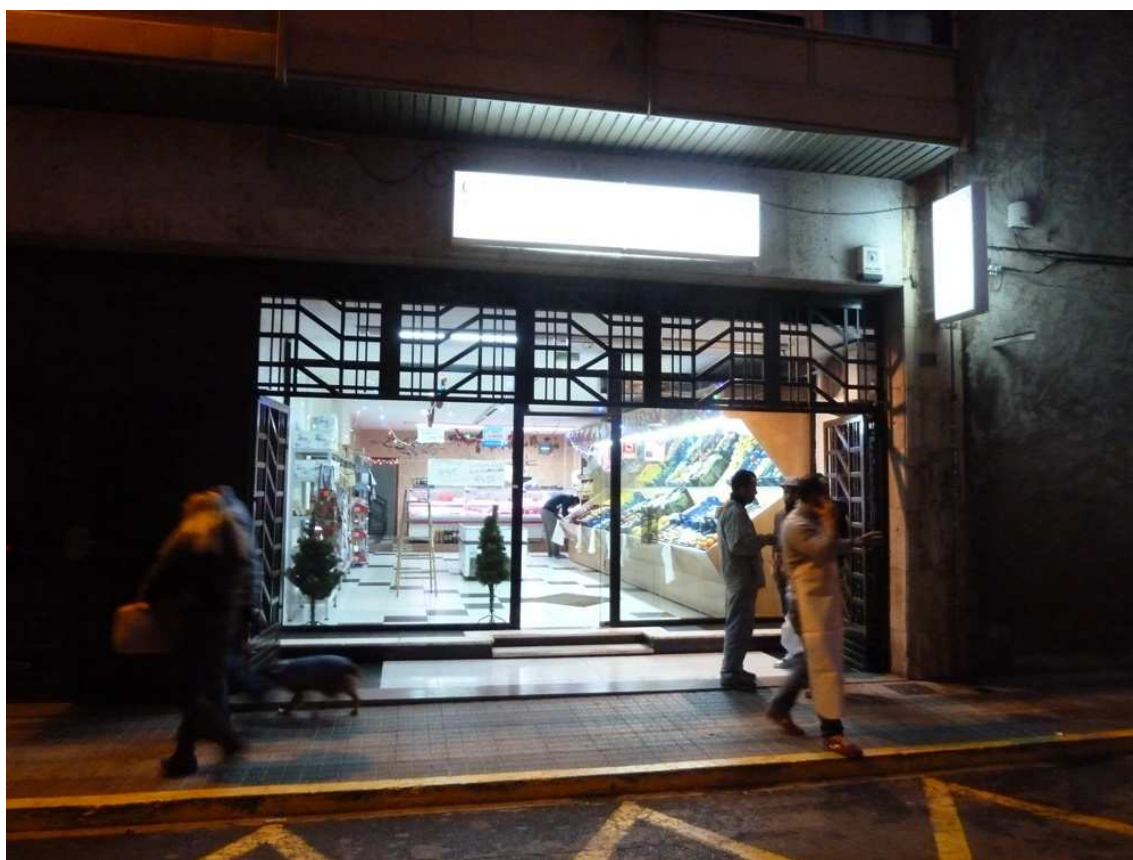
Parque del Pont de Ferro. Distrito 8. Castellón. Lugar de encuentro habitual de las madres marroquíes y sus hijos



Ambulatorio Carinyena al que acude la mayoría de la población marroquí. Vila-real.



Parque junto a Calle Cardenal Tarancón. Vil-real. Lugar de encuentro de familias marroquíes



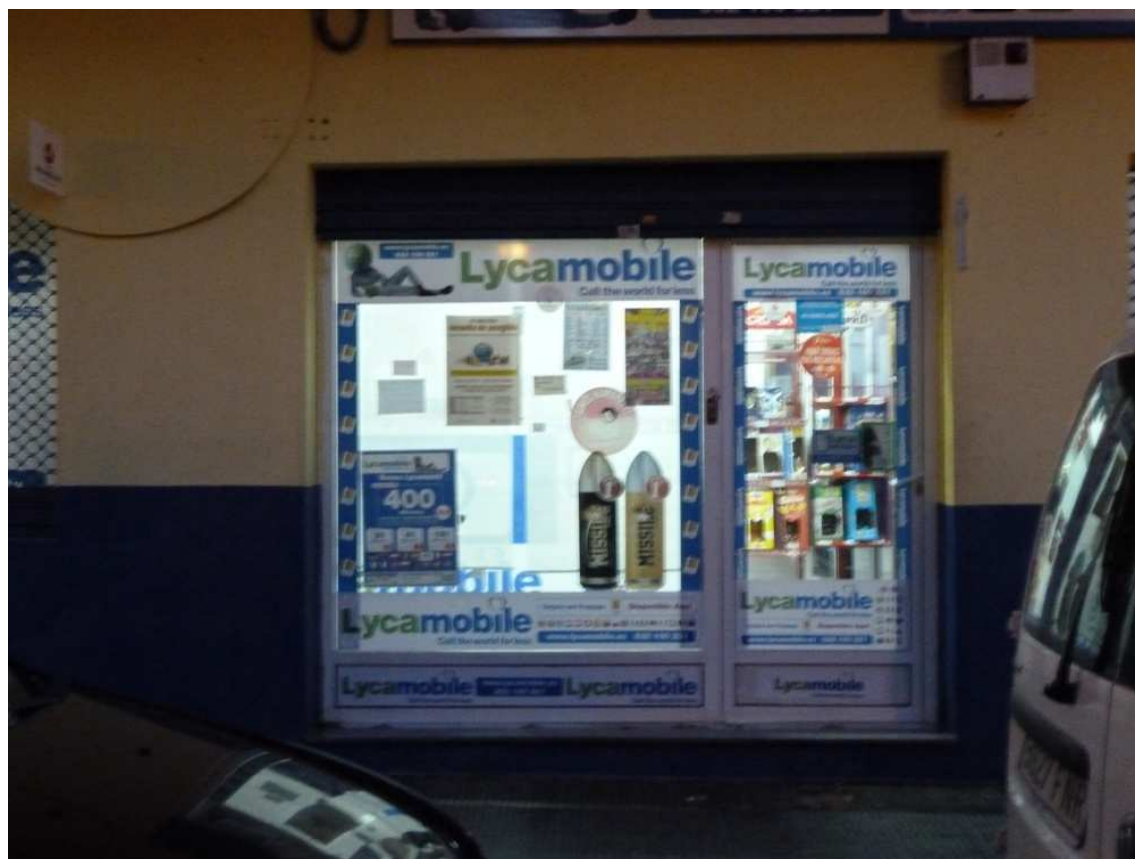
Carnicería *hal-lâl*. Vila-real.



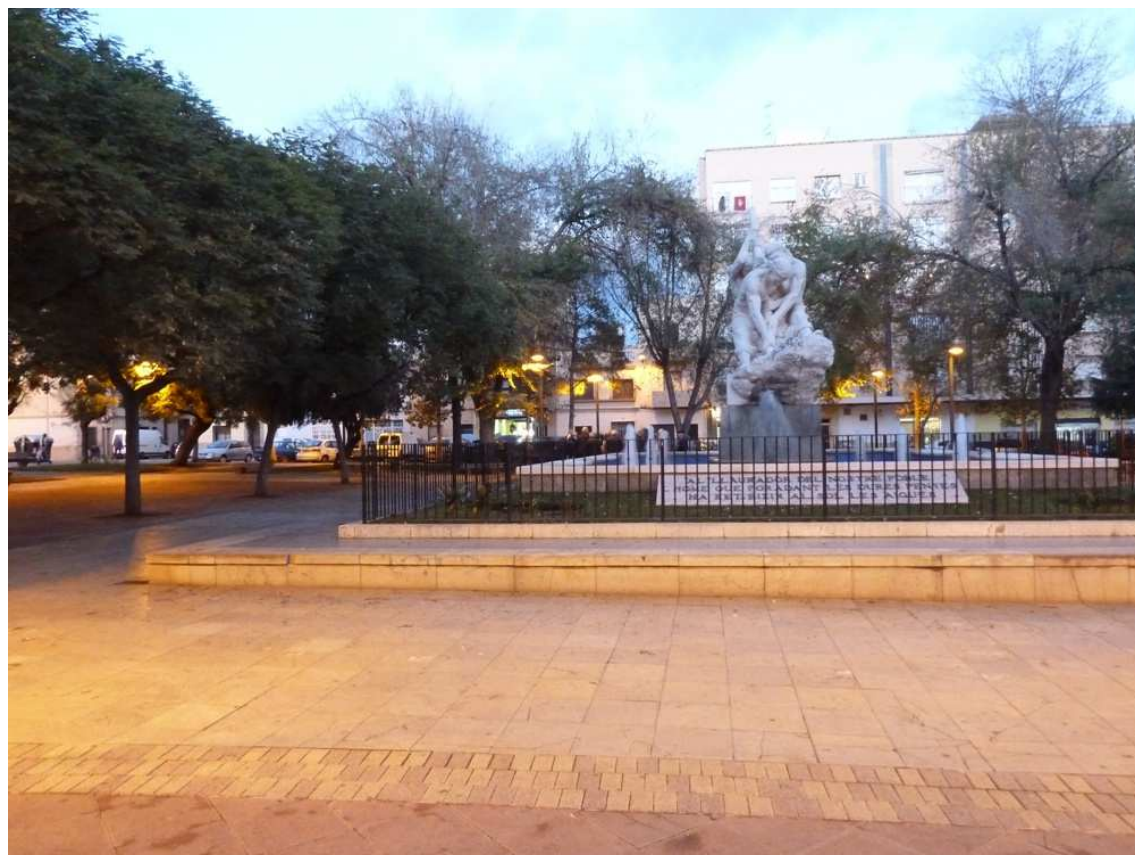
Peluquería de un paisano marroquí en la Plaza Llaurador. Vila-real



Centro cultural islámico (Mezquita) de Vila-real. Calle Santa Bárbara



Locutorio. Plaza Llaurador



**Plaza Llaurador. Distrito Oeste en que vive la mayoría de la población marroquí.
Vila-real**



Plaza Llaurador. Vila-real

Fotos de Marruecos cedidas por Luisa Conejero, profesora de Biología en el Instituto Español de Enseñanza Secundaria “Nuestra Señora del Pilar” de Tetuán.



Santuarios (Marruecos)



Santuarios (Marruecos)



Marabu de Addar (Marruecos)



Marabu (Marruecos)



Marabu de Oualidia (Marruecos)



Marabu de Oualidia (Marruecos)



Interior del marabu de Oualidia con tumba (Marruecos)



Morabito de Lalla Set Bjuta (Marruecos)



Paraje del Morabito de Lalla Set Bjuta. Árboles sagrados (Marruecos)



Tumba sagrada (Marruecos)



La ofrenda



Zaouia Raissouini (Marruecos)



Mano de Fátima. Amuleto tradicional